



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

**SABRINA BLASIUS FAUST**

**POTENCIALIDADES E LIMITAÇÕES DAS PRÁTICAS DE  
SAÚDE DESENVOLVIDAS POR APOIADORES  
INSTITUCIONAIS DA POLÍTICA NACIONAL DE  
HUMANIZAÇÃO**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**Florianópolis-SC  
2013**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

Sabrina Blasius Faust

**POTENCIALIDADES E LIMITAÇÕES DAS PRÁTICAS DE  
SAÚDE DESENVOLVIDAS POR APOIADORES  
INSTITUCIONAIS DA POLÍTICA NACIONAL DE  
HUMANIZAÇÃO**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para a obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof. Dra. Marta Inez Machado Verdi

Área de concentração: Ciências Humanas e Políticas de Saúde

**Florianópolis  
2013**

Faust, Sabrina Blasius

Potencialidades e limitações das práticas de saúde desenvolvidas por apoiadores institucionais da política nacional de humanização / Sabrina Blasius Faust ; orientadora, Marta Inez Machado Verdi - Florianópolis, SC, 2013.

94 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Inclui referências

1. Saúde Coletiva. 2. Apoio. 3. Planos de intervenção. 4. Processo de trabalho. 5. Humanização. I. Verdi, Marta Inez Machado. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

**“Potencialidades e limitações das práticas de saúde desenvolvidas por apoiadores institucionais da política nacional de humanização”**

**Sabrina Blasius Faust**

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A OBTENÇÃO DO  
TÍTULO DE: **MESTRE EM SAÚDE COLETIVA**

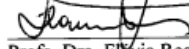
**ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Ciências Humanas e Políticas Públicas**

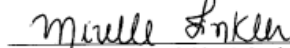
---

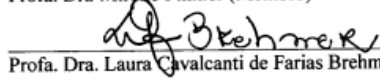
PROF. DR. RODRIGO OTAVIO MORETTI PIRES  
Coordenador do Programa de Pós-Graduação  
em Saúde Coletiva

**Banca Examinadora:**

  
Profa. Dra. Marta Inez Machado Verdi (Presidenta)

  
Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos (Membro)

  
Profa. Dra. Mirelle Finkler (Membro)

  
Profa. Dra. Laura Cavalcanti de Farias Brehmer (Membro Externo)



## AGRADECIMENTOS

À Deus por todas as oportunidades que me foram dadas.

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marta Verdi, pela orientação, contribuição, confiança, apoio e principalmente amizade que cultivamos todos esses anos.

Ao meu esposo Daniel, por todo amor e incentivo para eu ir atrás dos meus sonhos, atenção e paciência que teve comigo durante esses anos que estamos juntos. Vivenciamos os momentos mais marcantes das nossas vidas nestes anos de mestrado e valeu à pena porque você estava ao meu lado, Muito obrigada!

Ao meu filho Davi, razão da minha vida, que ensina-me e motiva-me a refletir e ser uma pessoa mais paciente, ética e solidária.

Aos meus familiares que sempre deram-me amor e força, valorizando meus potenciais: Pai Antonio, Mãe Jane, irmão Tiago. Sobrinha Lavínia. Obrigada por entenderem o significado deste Mestrado para mim e me apoiarem sempre!

À minha avó Anilda, pelo amor e incentivo na minha vida acadêmica.

Às melhores amigas Carolina, Juliana e Fabíola, pelas caronas, pela companhia, por fazer meus dias mais alegres e compartilharem comigo momentos tristes e felizes.

Aos demais colegas de mestrado e doutorandos que também me ajudaram na construção deste trabalho em especial à Rita e Maria Cláudia.

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Mirelle Finkler, pela amizade, carinho e pelas contribuições na banca de qualificação e durante o uso do programa Atla.ti@.

Aos amigos do Núcleo de Pesquisa em Bioética e Saúde Coletiva (NUPEBISC), pela companhia, compartilhamento de saberes, convivência sempre alegre, travada em um espaço afetivo, ético e solidário.

À Escola de Saúde Pública prof<sup>o</sup> MSc Osvaldo de Oliveira Maciel e aos apoiadores que participaram desta pesquisa, pois sem eles nenhuma dessas páginas estaria completa.

A todas as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a execução dessa dissertação de Mestrado.

Muito Obrigada!





## RESUMO

Esta pesquisa buscou analisar as potencialidades e limitações dos dispositivos e ações desenvolvidos, a partir de um processo de formação-intervenção de apoiadores institucionais da PNH, para a mudança das práticas de saúde, a partir de seus planos de intervenção. A análise revelou três categorias: “Dispositivos e ações da PNH”, que aponta o Método da Roda como potencialidade para discussão nos serviços de saúde e a cogestão que se destaca enquanto dispositivo da PNH; “Dificuldades enfrentadas”, onde são descritas fragilidades relativas à gestão e às relações de trabalho; e por último, “Intervenção para Transformação”, que apresenta as formações de redes, vínculos, mudança pessoal, inclusão e valorização de todos como transformações ocorridas. Podemos concluir que a PNH conseguiu através do curso de Apoiadores em Santa Catarina, criar espaços de construção e trocas de saberes, investindo em modos de trabalho em equipe.

Palavras-chave: apoio, planos de intervenção, método da roda, processo de trabalho, humanização.



## **RESUMEN**

Este estudio investiga el potencial y las limitaciones de los dispositivos y las acciones desarrolladas a partir de un proceso de intervención de entrenamiento de partidarios institucionales de la Policía Nacional de Haití , para cambiar las prácticas de salud, de sus planes. El análisis reveló tres categorías: "Dispositivos y acciones de PNH" Señalando Método de ruedas como potencial para el debate sobre los servicios de salud y de cogestión que se destaca mientras que el dispositivo HNP , " Las dificultades se enfrentaron " , que son las debilidades relacionadas con la gestión descrito y las relaciones laborales y, por último, "intervención para la Transformación", lo que demuestra la formación de redes, enlaces, el cambio personal, la inclusión y valoración de todas estas transformaciones se produjeron. Llegamos a la conclusión de que la PNH logrado en el curso de los partidarios en Santa Catarina, crear espacios de la construcción y el intercambio de conocimientos, formas de invertir en el trabajo en equipo.

Palabras clave: apoyo, planes de intervención, el método de la rueda, la humanización de procesos de trabajo .



## **ABSTRACT**

This research investigates the potential and limitations of the devices and actions developed from a process of training intervention of institutional supporters of the HNP, to change health practices, from their plans. The analysis revealed three categories: "Devices and actions of PNH" Pointing Method Wheel as potential for discussion on health services and co-management that stands out while device HNP; "Difficulties faced ", which are described weaknesses relating to the management and labor relations, and finally, "Intervention for Transformation", which shows the formation of networks, links, personal change, inclusion and valuation of all such transformations occurred. We conclude that the PNH achieved through the course of supporters in Santa Catarina, create spaces of the building and the exchange of knowledge, ways of investing in teamwork.

**Keywords:** support, intervention plans, wheel method, process work humanization.



## **SIGLAS**

CAPS – Centro de Apoio Psicossocial

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CIDASC – Companhia Integrada de Desenvolvimento Agrícola de Santa Catarina

CIES – Centro de Integração de Educação e Saúde

EaD – Educação à Distância

EPG – Encontro presencial geral

EPL – Encontro presencial local

ESF – Estratégia Saúde da Família

GTH – Grupo de Trabalho de Humanização

IML – Instituto Médico Legal

PNH – Política Nacional de Humanização

HumanizaSUS – Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TelEduc – Educação à distância – é um ambiente de ensino a distância pelo qual se pode realizar cursos através da Internet. Recurso utilizado para chats, fóruns, realização e postagem de tarefas, registro de impressões, arquivo para acessar textos, links de páginas na internet e outras funções.

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

UBS – Unidade Básica de Saúde

UP – Unidade de Produção

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina.





## **GRÁFICOS**

**Gráfico 1:** Distribuição das diretrizes trabalhadas pelos apoiadores em seus Planos de Intervenção, em Santa Catarina, no ano de 2009. .... 35



## SUMÁRIO

<b>PARTE I – PROJETO DE PESQUISA AMPLIADO.....</b>	<b>21</b>
<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>23</b>
<b>2. OBJETIVOS .....</b>	<b>27</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	27
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	27
<b>3. REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>29</b>
3.1 A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DO SUS.....	29
3.2 PRODUÇÃO DE PRÁTICAS HUMANIZADAS EM SAÚDE.....	31
3.3 A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E SEUS PLANOS DE INTERVENÇÃO.....	33
3.4 A FORMAÇÃO E A CAPACITAÇÃO DOS APOIADORES INSTITUCIONAIS.....	36
<b>4. PERCURSO METODOLÓGICO .....</b>	<b>45</b>
4.1 CONTEXTO DA PESQUISA.....	45
4.2 TIPO DE PESQUISA .....	46
4.3 OS SUJEITOS DE PESQUISA.....	47
4.4 COLETA DE DADOS.....	47
4.5 ANÁLISE DOS DADOS .....	47
4.6 CUIDADOS ÉTICOS .....	50
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>51</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>53</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>57</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>61</b>
<b>PARTE II – ARTIGO CIENTÍFICO .....</b>	<b>65</b>



## **PARTE I – PROJETO DE PESQUISA AMPLIADO**



## 1. INTRODUÇÃO

A luta para a efetivação do SUS permanece e avança, nas duas últimas décadas com a formulação de leis, portarias e novas estratégias de gestão e atenção à saúde. A partir da Constituição Federal de 1988, saúde passou a ser compreendida como algo além da simples ausência de doenças. Passou a ser entendida como produção social, ou seja, saúde passou a fazer parte do contexto de elementos sociais, econômicos e culturais que se processam e se sintetizam na experiência concreta de cada sujeito, de cada grupo em particular e da sociedade em geral (PASCHE, 2009).

Apesar desta compreensão, os desafios e conflitos de caráter ético, político e social ainda existem e em relação aos sistemas de saúde devemos refletir sobre as forças expansivas à que eles estão submetidos como o processo de medicalização social, desenvolvimento tecnológico, a transição demográfica (CZERESNIA; FREITAS, 2003).

Nesta caminhada, o SUS apresentou avanços, porém permanecem contradições à medida que novas tecnologias são incorporadas ao Sistema. Deste modo, novas políticas de saúde vem sendo estruturadas, entre elas a Política Nacional de Humanização que contempla o movimento de consultores, de um colegiado gestor, de formadores e apoiadores para fortalecer o SUS, com garantia e respeito à saúde de todos.

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH), do Ministério da Saúde, surgiu em 2003, como diretriz transversal do Sistema Único de Saúde para fortalecer diversos princípios conquistados na Constituição Federal de 1988 e implantados, desde então, no campo da saúde.

Neste contexto, é importante ressaltarmos o sentido de humanização que a PNH assume, uma vez que, nos serviços de saúde e nas práticas, este termo gera alguns conflitos em função dos diferentes sentidos empregados.

Humanizar é verbo que traz um significado ativo e transitivo. Significa, “tornar humano” (FERREIRA, 1999). Entretanto é importante indagar o que significa humanizar as pessoas? Ou ajudar outras pessoas a viver humanamente?

Gracia (2010) destaca a busca de uma assistência médica mais humana, entendendo-se que não há outra forma de humanizar a saúde do que transmitindo **valores** humanistas. Ainda destaca sobre o termo humanização que “nem todo mundo pode ajudar outro ser humano, ou que nem todo mundo pode humanizar”. E acrescenta ainda que há um

princípio básico em toda a teoria das relações de ajuda que afirma que ninguém pode ajudar outro a resolver um problema se ele mesmo não o tem resolvido para si.

Desta forma, para pensar em humanização na PNH deve-se conhecer seu significado no âmbito da política, onde humanização é entendida como a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2007a). Neste contexto podemos considerar que humanizar é valorizar os viveres, atender, agir, pensar e organizar, de uma forma “menos técnica”, mais ética, considerando as particularidades de cada indivíduo nos processos de trabalho e nos atendimentos de saúde.

A Política Nacional de Humanização (PNH) foca seu trabalho na sistematização de experiências exitosas. Assim, induz inovações nas práticas gerenciais e nas práticas de saúde, propõe aos diferentes coletivos/equipes implicados nestas práticas a experimentação de novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção e circulação de poder como modo de superar os limites do cotidiano dos serviços. A aposta da PNH é a da inseparabilidade entre gestão e atenção, entendendo que a gestão dos processos de trabalho em saúde não pode ser entendida como tarefa administrativa separada das práticas de cuidado (BRASIL, 2009).

Assim a efetivação do SUS vem ocorrendo com a Política Nacional de Humanização dando base à discussão sobre as ideias e os valores que permeiam cotidianamente a razão e os comportamentos de cada ser humano nas práticas de saúde.

Foi a partir da verificação, escuta, análise e síntese de um SUS que dá certo que se produziram os princípios, os métodos, as diretrizes e os instrumentos de ação, que são os dispositivos da PNH (BRASIL, 2007a). Desta forma, podemos considerar que a humanização do SUS parte de experiências de sujeitos coletivos espalhados por muitos lugares deste país, que atuam e produzem inovações em uma vasta gama de serviços de saúde. É na perspectiva de qualificar e potencializar ações e estratégias da PNH que se inscreve a proposta de Formação de Apoiadores, como dispositivo para apoiar as experiências e inovações das práticas de saúde no âmbito do SUS.

Esse processo de formação se configura por meio de uma proposta do curso que veio para inovar, melhorar e repensar as práticas de saúde, onde os apoiadores devem refletir sobre seu processo de



trabalho e as atividades desenvolvidas no ambiente de trabalho e assim propor um plano de intervenção como proposta de mudança.

Em Santa Catarina, este curso aconteceu em 2009 e surgiu como um aperfeiçoamento das práticas de saúde. Visou formar, qualificar e potencializar ações e estratégias da Política Nacional de Humanização, no estado.

As ações de formar e intervir, referidas por Benevides e Passos (2009), tornam-se práticas correlatas no processo de ensino-aprendizagem e se fazem na experiência “quente” dos serviços de saúde e não somente a partir do estado de quarentena daqueles que se preparam para uma futura atividade profissional. Ou seja, aprender na prática, aprender no serviço de saúde faz da formação um engajamento na prática concreta do SUS.

Por esta razão, os apoiadores selecionados para realizar o curso foram profissionais de saúde que trabalhavam em instituições vinculadas ao SUS, que demonstraram interesse ou envolvimento com a Política Nacional de Humanização.

Neste sentido, apoiador seria alguém envolvido com as práticas de saúde e capaz de contribuir para a reflexão dos conflitos vivenciados no cotidiano e assim intervir para melhoria das situações vivenciadas nos serviços de saúde, seja na saúde coletiva ou na saúde individual de profissionais e usuários do SUS.

Durante o curso em Santa Catarina, os apoiadores desenvolveram planos de intervenção, como proposta de reflexão e mudanças nas práticas de saúde baseadas nas diretrizes da PNH e experimentação de novos modos de atenção ou de gestão no âmbito dos serviços do SUS.

Desta forma, tendo a progressiva expansão do tema da humanização das práticas de saúde e o contexto para a defesa do Sistema, pode-se destacar que o sucesso do SUS depende cada vez mais da força com que a sociedade coloque seus valores e sua vivência social como princípio de uma estratégia que deve prevalecer ante outras (como a politicagem), e aposte nas políticas públicas como meio poderoso para este objetivo (CAMPOS, 2000). Pesquisas sobre o tema da humanização tornam-se necessárias para conhecer, discutir, analisar e divulgar resultados das práticas de saúde após a sensibilização dos sujeitos envolvidos no processo de trabalho, para poder considerar oportunamente, entre as instituições envolvidas, novas edições do Curso e/ou outras ações continuadas.

Na prática, os resultados de uma pesquisa como esta, podem contribuir para gestores e trabalhadores da saúde buscarem novas formas de melhorias do serviço e para aumentar a confiança no SUS.

Desta forma este estudo buscou analisar a partir das potencialidades e limitações das práticas dos apoiadores se o processo de formação-intervenção desenvolvido no curso de formadores da PNH possibilitou novas experiências e melhorias no processo de trabalho e/ou nos atendimentos, e assim se o curso conseguiu promover mudanças nas práticas de saúde a partir dos aportes temáticos da PNH.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Discutir as potencialidades e limitações das práticas de saúde desenvolvidas por apoiadores institucionais da PNH em Santa Catarina, a partir dos planos de intervenção gerados no curso.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar os dispositivos e ações da PNH trabalhados nos planos de intervenção desenvolvidos pelos apoiadores institucionais no curso de formação em Humanização do SUS.
- Caracterizar as mudanças provocadas pelo processo de construção dos planos de intervenção dos apoiadores da PNH no cotidiano das instituições.
- Analisar as potencialidades e limitações dos dispositivos e ações desenvolvidos, a partir do processo de formação-intervenção de apoiadores institucionais da PNH, para a mudança das práticas de saúde.



### 3. REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DO SUS.

Na Constituição Federal de 1988, inscreveu-se uma das mais importantes conquistas sociais com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), e assim muitos são os desafios aceitos enfrentar quando lidamos com a garantia de direito à saúde.

Nesta trajetória de construção e efetivação do SUS, muitos obstáculos foram vencidos, direitos conquistados, mas o cenário da saúde é uma constante na vida dos cidadãos, e assim, fragilidades e conflitos são vivenciados na prática dos serviços de saúde, como a fragmentação da rede assistencial, do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais; a precária interação nas equipes e despreparo em lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção; desrespeito aos direitos dos usuários; formação dos trabalhadores de saúde distante do debate e da formulação da política pública de saúde; controle social frágil dos processos de atenção e gestão do SUS, entre outros (BRASIL, 2007a).

Neste contexto, há necessidade de refletir sobre as políticas de saúde, neste estudo em especial, a **Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão (PNH)**. A PNH foi criada com a finalidade de efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de saúde e traz na sua proposta, a ideia de humanização distanciada do humano idealizado e aproximada do humano protagonista e autônomo, o que coincide com a problematização da relação entre o conhecimento e a transformação da realidade nos serviços de saúde, e que assim gerou a construção de uma política pública – de todos e para qualquer um (PEDROSO; VIEIRA, 2009).

A PNH surgiu como política transversal na rede SUS, e atravessa as diferentes ações do sistema buscando construir trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos, traduzindo os princípios do SUS em modos de operar dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde (BRASIL, 2007a).

O conceito de humanização é polissêmico, comportando diversos enunciados e é permeado por imprecisões e conflitos no contexto de significados para trabalhadores e usuários nos serviços de saúde. Deste modo, as diversas enunciações constituem distintas práticas de gestão e

de modelos de atenção, que nem sempre coincidem. (HECKERT; PASSOS; BARROS, 2009).

Humanizar significa ir além de uma boa educação ou colocar-se no lugar do outro, humanizar é respeitar os sujeitos, sua autonomia, garantir saúde e acesso, enfim efetivar os princípios do SUS. O processo de construção da PNH, constitui-se paulatinamente a estrutura teórico-político-operativa em princípios, diretrizes e dispositivos.

Os princípios seriam o que sustenta e dispara um determinado movimento na perspectiva de política pública. São princípios da PNH, a **transversalidade**, indicando a ampliação do grau de comunicação entre sujeitos e serviços, visando à transformação nas relações de trabalho e alteração das fronteiras dos saberes e do território de poder; o princípio de **indissociabilidade entre atenção e gestão**, afirmando que há uma relação inseparável entre modos de cuidar (prestar serviços) e modo de gerir e se apropriar do trabalho; e a afirmação do **protagonismo, co-responsabilidade e autonomia** dos sujeitos e coletivos, compreendidos como sujeitos da produção de serviços, de si próprios e do mundo, implicados em atitudes de co-responsabilidade nos processos de gerir e de cuidar (BRASIL, 2007a).

Para viabilização dos seus princípios, a PNH opera com diretrizes e dispositivos. Desta forma, por diretrizes são compreendidas as orientações específicas da Política, (clínica ampliada, acolhimento, cogestão, valorização do trabalho e do trabalhador da saúde; defesa dos direitos do usuário e do fomento à construção de grupalidade, coletivos e redes) (BRASIL, 2007a). E por dispositivos entende-se a tradução das diretrizes em arranjos operativos, postos em funcionamento para promover mudanças nos processos de trabalho (gestão colegiada, atendimento com base em necessidades e prioridades, direito a visitas em horários ampliados ao paciente internado, escuta qualificada, etc.) (SANTOS FILHO, 2009).

A articulação dessas categorias conceituais-operacionais sustenta o que se caracterizam como intervenções para **transformação** dos processos de trabalho e práticas de saúde.

Para promover mudanças nas ações desenvolvidas nos serviços de saúde e transformar as práticas, a PNH tem proposto a figura dos apoiadores institucionais, que seria alguém que pudesse intervir no processo de trabalho, não para mudar o serviço, mas sim viabilizar a compreensão de como se institui um serviço e um processo de trabalho em saúde, apresentando-se como alguém que atravessa o grupo não para anunciar suas debilidades, mas para operar junto com o grupo em um processo de transformação na própria grupalidade e nos modos de

organizar o trabalho e de ofertar ações e estratégias de saúde (BRASIL, 2006a). A função do apoiador institucional é de contribuir para a gestão e organização de processos de trabalho, na construção de espaços coletivos onde os grupos analisam, definem tarefas e elaboram projetos de intervenção (SANTOS FILHO; BARROS; GOMES, 2009). Desta forma o apoiador pode ser qualquer pessoa que tenha interesse na PNH, que tenha um percurso na saúde coletiva e/ou acredite no potencial e em ações que possam melhorar o cotidiano do trabalhador, do usuário e da gestão no SUS.

### 3.2 PRODUÇÃO DE PRÁTICAS HUMANIZADAS EM SAÚDE.

A produção da saúde é um processo em rede que envolve sujeitos, processos de trabalho, saberes e poderes. A partir da forma como agimos no nosso processo de trabalho, ou seja, no cotidiano dos serviços, podemos contribuir ou não para uma transformação social. “O trabalho não é neutro em relação ao que provoca nos sujeitos. Nos serviços de saúde, o trabalho é potencialmente produtor de sentido, quando é inventivo e participativo: e pode ser também produtor de sofrimento e desgaste, quando é burocratizado, fragmentado e centralizado” (BRASIL, 2007a, p.8) Podemos destacar que o trabalho ocupa um papel organizador na vida das pessoas; ele interfere na vida pessoal, na autoestima, nas relações interpessoais. Sendo assim, parte-se do pressuposto que o trabalho pode ser fonte de saúde e doença, que o trabalhador do SUS está constantemente lidando com as fragilidades do ser humano; e que são poucos os espaços para refletir-se sobre fragilidades deste trabalhador (BRASIL, 2010b). Desta forma não podemos esquecer e deixar de afirmar que a humanização está voltada para homens e mulheres comuns que compõem o SUS, em suas experiências com trabalhadores e usuários que habitam e produzem o dia a dia dos serviços de saúde (SANTOS FILHO; BARROS; GOMES, 2009).

A Política de Humanização dá ênfase ao encontro, encontro entre sujeitos. Alguns resultados abordados em recentes pesquisas na área de humanização (TRAD; ESPERIDIÃO, 2009) que trabalham o tema da participação ou controle social, cidadania, direito à saúde, revelam o fato da ausência de interesse da comunidade por questões relativas à organização ou qualidade dos serviços de saúde como decorrência da postura adotada por alguns profissionais de saúde ou pela descrença na efetividade da participação. Há usuários que se interrogam sobre “o quê poderiam fazer para melhorar o atendimento, o serviço, o ambiente de

trabalho?”, indicando um desconhecimento quanto aos possíveis mecanismos de mobilização social diante dos problemas identificados no sistema de saúde (TRAD; ESPERIDIÃO, 2009).

Assim, é necessário refletir sobre a participação comunitária, um dos princípios destacados do SUS, e esse “encontro” enfatizado pela PNH, que não se garante apenas pelas conquistas obtidas no plano legal, é preciso que ela se expresse na prática cotidiana dos serviços de saúde (COHN, 2000; CÔRTEZ, 2000).

Em outro estudo sobre a humanização nos serviços de saúde foram destacados como pontos importantes para a humanização: a empatia dos profissionais, as condições e a estrutura do ambiente de trabalho. Segundo os sujeitos desta pesquisa, estas características possibilitam aos profissionais um fazer diferenciado com vistas à humanização da assistência (COSTA; FIGUEIREDO; SCHAURICH, 2009).

Schneider e Silva (2010) ao desenvolver estudo sobre o trabalhador da saúde apontam que é notória a necessidade de fortalecer esse trabalhador, consideram-se essa ação essencial para a construção do “SUS que dá certo”, pois não adianta apenas investir em estruturas e equipamentos modernos se a frieza nos contatos marca a impessoalidade dos atendimentos. O estudo mostra que profissionais sentem necessidade de estímulo ao aprimoramento profissional e inclusão nos processos decisórios de gestão, desta forma, sentir-se-iam valorizados e apoiados pela sua instituição, podendo melhorar o atendimento e facilitar as práticas humanizadas.

Retratando a ideia de humanização das práticas a partir da participação da comunidade, do controle social, da democratização, pode-se afirmar que a abordagem da PNH materializada nos/e com os serviços é a criação de formas de trabalho que não se submetam à lógica dos modos de funcionamento instituídos. Ou seja, as formas de se trabalhar precisam ser propostas de modo que superem as dissociações entre os que pensam e os que fazem, entre os que planejam e os que executam, entre os que geram e os que cuidam. A PNH parte do entendimento de processo de trabalho como atividade situada, como espaço coletivo de produção de saberes, de negociação e gestão (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007).

Desta forma, ainda podemos discutir, a partir do estudo de Santos Filho, Barros e Gomes (2009), que as práticas nomeadas humanizadas em saúde devem ser analisadas a partir do processo de trabalho, com ações articuladas, pois assim será possível **produzir mudanças significativas** nos serviços de saúde na direção dos princípios do SUS.



Assim as ideias e valores que permeiam cotidianamente a razão e os comportamentos de cada ser humano merecem atenção, pois questões bioéticas estão presentes em todas as relações, de sujeitos, de trabalho, de estrutura do ambiente, enfim relações que sejam ou não do cotidiano (BERLINGUER, 2004).

Sendo assim, com a proposta da PNH, as relações e a mudança nos serviços de saúde são concretizadas através da escuta qualificada, o respeito à autonomia do usuário nas decisões sobre a sua saúde, a saúde do trabalhador e a saúde no trabalho. Essas relações são enfatizadas para a prática do cuidado e o processo de trabalho dos serviços de saúde, ou seja, as práticas envolvidas na PNH se configuram como proposta de avanço ao modelo biomédico ainda existente em muitas realidades brasileiras. Entretanto “as formas de cuidar não estão dadas, pelo contrário, precisam ser inventadas, planejadas” (LAVRADOR; MACHADO, 2009, p.517).

Desta forma, centrar a atenção nas relações da gestão e atenção à saúde numa perspectiva entre saúde pública e direitos humanos é uma tarefa fundamental, pois pode vir a enriquecer as teorias, a eficácia da técnica de intervenções e, sobretudo, o horizonte ético dos modelos de assistência à saúde. Não basta a garantia legal do direito à saúde, nem tão pouco mudanças nos modos de gestão e financiamento se não houver mudanças centradas na assistência e nas relações entre trabalhadores e usuários.

### 3.3 A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E SEUS PLANOS DE INTERVENÇÃO.

O desenvolvimento de ações voltadas para a melhoria do ambiente de trabalho, a melhoria dos atendimentos e a democratização das relações de trabalho, são bases para a PNH se fortalecer no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde.

Os planos de intervenção vem desde a Política Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH) para provocar mudanças nas práticas de saúde. A ideia de “humanizar as práticas de saúde” incorpora a ideia de planejar as ações voltadas para o respeito ao usuário do SUS. E na PNH é um acordo com as diretrizes da humanização, ou seja, são planos com características de cogestão, acolhimento, ambiência, construção de redes, clínica ampliada, garantia dos direitos dos usuários.

A proposta dos planos de intervenção traz a ideia de elaborar ações que deveriam ser desenvolvidas e elaboradas pelo coletivo, ou

seja, todos os profissionais envolvidos nas práticas, na gestão, na recepção ao usuário, na estrutura do ambiente de trabalho. Essas ações seriam movimentos de transformação, mas não significaria que se algo não acontecesse conforme planejado ou almejado não teria um efeito positivo. O plano seria um movimento, uma organização e enfim a prática, mas ocorrendo a sensibilização desses profissionais sobre a situação do ambiente de trabalho, do atendimento, já estariam ocorrendo novas reflexões e críticas sobre as situações cotidianas.

Os planos de intervenção desenvolvidos pelos apoiadores formados no curso de 2009, em Santa Catarina, tinham por objetivo fomentar e multiplicar os efeitos da identificação e recriação de um “SUS que dá certo”. Foram elaborados 57 planos de intervenção, sendo que esse plano poderia ser desenvolvido não só por meio da formação de apoiadores institucionais, mas também através do estabelecimento de parcerias com instituições estratégicas para a consolidação da Política.

Para a inclusão dos diferentes sujeitos e situações é necessário repensar a perspectiva político-metodológica da inclusão, é preciso que “o processo se aprimore enquanto estratégias de fazer ver que os planos assumem sentido (e podem funcionar ou não) exatamente na medida em que dão conta de incluir (e lidar com) os fatores intervenientes nas intenções/deliberações/ações/metast” (SANTOS FILHO, 2008). Desta forma o sentido de plano faz sentido à medida que ele é discutido e incluído com base no processo de trabalho. E isso traz complexidade na discussão, provocando os mais diversos tipos de reações nos/dos trabalhadores à medida que o processo de trabalho é discutido e os planos são estruturados, porém espera-se que essas reações sejam modificadas com a ressignificação da compreensão dos planos e à medida que exista contratualização entre os sujeitos envolvidos nas ações a serem desenvolvidas (SANTOS FILHO, 2008).

O plano de intervenção deve ser baseado nos conflitos cotidianos da equipe de trabalho, e assim ser entendido como um problema de todos e de cada um. Deve também ser considerado uma intervenção transversal, atendendo as metas voltadas para melhorar a assistência, o trabalho e o fortalecimento dos sujeitos/equipes.

Desta forma é importante ressaltar que os cursos da PNH vieram para aumentar a segurança dos profissionais quanto ao desenvolvimento de suas práticas à medida que trazem maior conhecimento, consequentemente, habilidades e reflexão para os profissionais envolvidos nas práticas e em toda a gestão.

Os planos de intervenção propostos na formação de apoiadores aos trabalhadores de saúde envolvidos nas práticas seriam baseados em

diretrizes da PNH que tem (todas) ligação direta com os princípios do SUS. Como por exemplo, a cogestão que coloca-se como trabalhar junto, organizar espaços que permitam a produção de acordos e pactos entre usuários, trabalhadores e gestores; também contempla mecanismos que ampliam a participação ativa de usuários e familiares no cotidiano das unidades de saúde (visita aberta, ouvidoria, Grupo de Trabalho de Humanização).

No curso realizado em 2009, em Santa Catarina, temos como destaque, entre as diretrizes da PNH focalizadas nas intervenções, a Cogestão, contemplada em 29 planos, conforme Gráfico 1.

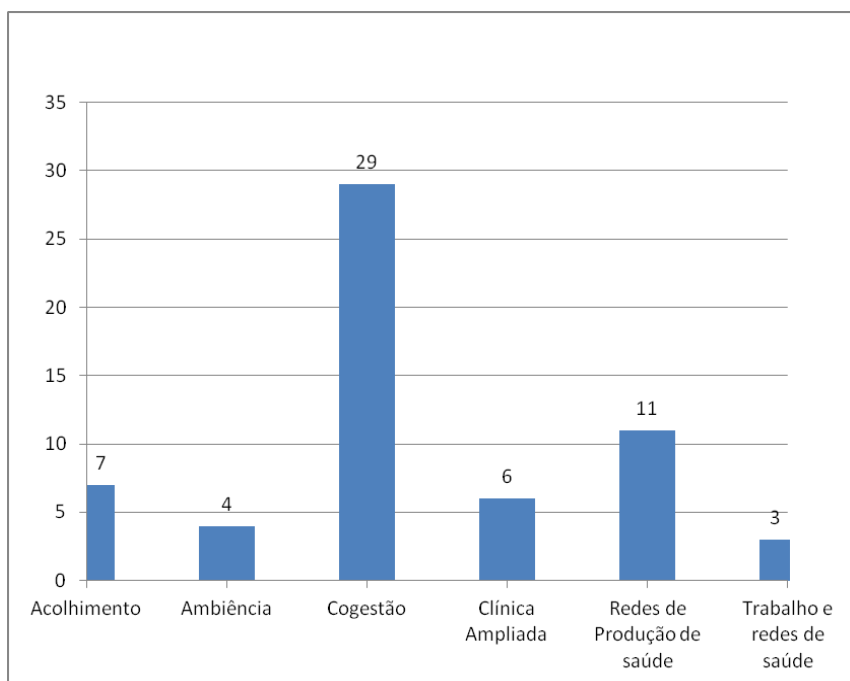


Gráfico 1: Distribuição das diretrizes trabalhadas pelos apoiadores em seus Planos de Intervenção, em Santa Catarina, no ano de 2009.

Fonte: Relatório final do Curso de Formação de Apoiadores Institucionais de Santa Catarina.

No gráfico 1, pode-se observar as Redes de Produção de Saúde, como importante diretriz utilizada pelos apoiadores. A Rede de produção de Saúde surge como diretriz da PNH para ampliar a

autonomia dos municípios através de propostas inovadoras de descentralização do SUS, através de movimentos que se potencializam como o investimento em “novas relações da saúde” com outros serviços, atores, a fim de promover a integralidade das ações (RIGH, 2005). O acolhimento e a clínica ampliada são diretrizes também ligadas ao sentido de integralidade, uma vez que trabalham com a ideia de integrar ações para o melhor acesso, atendimento, que são a escuta qualificada e o apoio matricial com equipe multi e interdisciplinar favorecendo o melhor atendimento e a decisão compartilhada com equipe e usuário.

Desta forma os planos de intervenção vêm somar e garantir o acesso aos serviços de saúde, a autonomia das pessoas envolvidas nos serviços e atendimentos de saúde, o local e o ambiente de trabalho favorável para um atendimento de qualidade e eficaz e a integralidade de serviços e atendimentos. Como define Santos Filho (2009), a intervenção é “o que produz efeito não no sentido direto de *‘solução (direta ou imediata) do fato adverso’* e muito menos no sentido de uma *‘promessa de solução’* ou de uma *‘idealização de solução’*, mas no sentido de *“efeito no grupo, nas pessoas”*, expressando-se como: capacidade de (re)ler de forma diferente o contexto e os fatos, gerando alteração nos posicionamentos, nas atitudes frente aos fatos (e podendo disparar movimentos para outras mudanças).

### 3.4 A FORMAÇÃO E A CAPACITAÇÃO DOS APOIADORES INSTITUCIONAIS.

Formar apoiadores institucionais, e não simplesmente ensinar alunos ou treinar funcionários, significa respeitar o saber construído nas trajetórias profissionais dos trabalhadores da saúde e apostar que na troca com outros trabalhadores e na aproximação com os acúmulos teóricos da área será construído um novo saber-fazer (BRASIL, 2010a). Espera-se que o apoiador da PNH provoque o aumento da capacidade de análise e de intervenção da equipe. Isto significa mais que sustentar ou firmar uma ação ou uma política; o apoio, o apoiador é sustentado por um método na PNH conhecido como “Método da Roda, ou Paidéia” elaborado por Campos (2007b). Este Método reafirma a possibilidade de que os sistemas de saúde podem contribuir para a constituição do Sujeito. Paidéia é uma noção grega e indica a formação integral do ser humano. Assim, acredita-se que a gestão e as práticas profissionais têm capacidade de modificar o Sujeito e os padrões dominantes de subjetividade, tendo, portanto, potencial pedagógico e terapêutico. Seja para criar dependência e impotência, seja para coproduzir autonomia,

ampliando a capacidade de análise e de cogestão das pessoas (CAMPOS, 2007). Então, o apoiador, seria também um responsável pelo “agir Paidéia”, ou seja, não somente melhorar a informação, mas também assegurar capacidade de compreensão e de decisão aos vários setores envolvidos em um projeto, e além disso preocupar-se com a construção de novos padrões de relações entre as pessoas; ou seja, isso implica que um Projeto de Saúde Coletiva (de vigilância) deveria almejar não somente alterar o ambiente, mas também as pessoas e as relações sociais envolvidas (CAMPOS, 2007).

Na perspectiva de atualização e mudanças nas práticas podemos destacar a importância da educação continuada para os profissionais de saúde, incluindo sempre o apoiador e a equipe. Afinal, aumentar a capacidade de análise de outra pessoa não é algo tão simples e precisa ser instigado. A formação dos profissionais nas Universidades e cursos técnicos, segue um modelo dualista e dicotômico de gestão que necessita ser revisto na questão da saúde, indicando modos de fazer a formação (princípios e métodos) que se construam num *ethos* da integralidade e da indissociabilidade entre cuidar, gerir e formar. Requer entender a formação como “atitude” transdisciplinar, ou seja, em sua potência de produzir aberturas de novas sensibilidades, dizibilidades e visibilidades que expressam a multivetorialização nos quais estão envolvidas as práticas concretas de cuidado e gestão em saúde (HECKERT; NEVES, 2009).

Os cursos de Formação de Apoiadores Institucionais da Atenção e da Gestão do SUS foram propostos para desenvolver ações e efetivar o SUS, a partir da experiência dos serviços de saúde, afirmando, desta forma, o protagonismo dos sujeitos nas intervenções. São organizados de modo a viabilizar o encontro e compartilhamento das experiências tecidas no cotidiano do SUS a partir da problematização das ações nos serviços/sistemas de saúde e na elaboração de propostas de intervenção a serem desenvolvidas pelos apoiadores institucionais nos serviços/sistemas em que estiverem inseridos (HECKERT; NEVES, 2009).

A primeira experiência de curso no Brasil foi nacional, realizou-se em 2006, com vagas distribuídas nos diferentes estados do país, e que formou 111 apoiadores institucionais, dentre os quais 07 trabalhadores de serviços no Estado de Santa Catarina (BRASIL, 2009). Neste curso os grupos eram organizados a partir das regiões do país e estas regiões construíam um plano de estudo para discutir princípios, diretrizes e dispositivos da PNH, e um plano de intervenção que abarcava os planos

de intervenção que cada apoiador desenvolveria no sistema/serviço a que se vinculava.

Espera-se que os projetos de intervenção sejam construídos com envolvimento da equipe técnica, dos grupos vulneráveis e de organizações baseados em temas eleitos. Para Campos (2000), em Saúde Coletiva os projetos têm uma diretriz básica: a defesa da vida. Sem isso, a Equipe perde capacidade de oferta; não é confiável. Defender a vida é reconhecer que a vida tem uma medida quantitativa (anos de vida ganhos, a sobrevivência) e uma qualitativa (o prazer de viver). E que as duas devem ser combinadas, sendo igualmente importantes ainda que a segunda seja definição quase que exclusiva dos usuários.

Para o acompanhamento dos planos de intervenção desenvolvidos pelos apoiadores há a figura dos formadores e apoiadores pedagógicos, que tem a função de fornecer suporte teórico-metodológico, pedagógico e político aos apoiadores (HECKERT; NEVES, 2009).

Em Santa Catarina, a realização de processos de formação de apoiadores ocorreu em dois episódios, a primeira vez no ano de 2006 e a segunda em 2009. Esta estratégia de formação de apoiadores foi um dos modos que a Política elegeu para dar continuidade ao apoio nas instituições a fim de implementar os dispositivos de humanização da Política.

No estado de Santa Catarina a oferta inicial da PNH foi realizada de modo homogêneo em todas as macrorregiões, através de seminários e oficinas, e a resposta das instituições nestes diferentes territórios foi bastante heterogênea (BRASIL, 2009). Nesta primeira experiência do curso de apoiadores de 2006, seu colegiado gestor percebeu uma ampliação significativa dos processos de humanização disparados nos serviços de saúde municipais e estaduais. Segundo informações dos consultores da PNH, novas frentes de ações de humanização foram abertas nas regiões da grande Florianópolis, Vale do Itajaí, Mesorregião de Joinville e no município de Lages. Instituições destas regiões passaram não só a implementar a PNH mas também a divulgar regionalmente a Política, o que gerou um movimento de seleção de novas instituições à proposta, nestas regiões (BRASIL, 2009).

O segundo curso, que aconteceu em 2009, surgiu com o intuito da PNH de apostar principalmente na formação de multiplicadores como modo de ampliá-la em seu alcance das metas propostas e nos territórios, ocupando, desta forma, uma posição estratégica de difusão e capilarização da Política (BRASIL, 2009).

Os princípios e diretrizes metodológicas que norteiam as ações de Formação e Pesquisa (F&P) objetivam a produção e fomento de redes

capazes de ampliar os graus de transversalidade da Política, embasando-se prioritariamente no pressuposto de que formação e produção de conhecimento em saúde têm de estar necessariamente indissociados dos processos de intervenção nas práticas de saúde, sendo assim, simultaneamente, formação-pesquisa- intervenção (BRASIL, 2007a).

A inseparabilidade entre formar e intervir é, portanto um dos princípios da PNH, entendendo que as ações de formação da PNH são estruturadas para funcionarem como dispositivos capazes de problematizar a experiência de trabalho em saúde, ou seja, não espera-se um modelo de formação, o processo de formar-intervir deve ser baseado na experiência local e nos acúmulos produzidos pelo coletivo nacional para a proposição de processos que respeitem as singularidades das experiências do SUS, apostando que esta seja uma maneira de envolver os apoiadores e a equipe na luta contra o contexto que as oprime.

Seguindo as diretrizes para a política de produção de conhecimento e divulgação da PNH, trazendo um pouco do curso de 2009, a coordenação deu-se em estrutura colegiada, ou seja, reunindo diversos representantes de diferentes instituições como, Ministério da Saúde, representantes da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina/Escola Estadual de Saúde Pública, representante da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC; e representantes do apoio Pedagógico (BRASIL, 2009).

As atribuições específicas do Colegiado Gestor, da coordenação e do apoio pedagógico, eram:

- A coordenação da produção de material pedagógico do curso; coordenação e acompanhamento do desenvolvimento de material educacional digital, na definição sobre os conteúdos, atividades, metodologia, formas de avaliação e dimensão técnico-pedagógicas; coordenação/gerenciamento e preparação do grupo de docentes e formadores, para o desenvolvimento das atividades à distância;
- Coordenação dos docentes e formadores quanto a procedimentos metodológico-pedagógicos para o bom andamento das disciplinas, durante a realização do curso, contribuindo para sua adequação e alinhamento ao modo de fazer da PNH;
- Realização de reuniões sistemáticas com os docentes para discussão dos temas pertinentes ao acompanhamento/desenvolvimento do curso e aos relatórios de avaliação dos professores das turmas;

- Acompanhamento do desenvolvimento do curso, com ênfase nos processos de intervenção propostos;
- Coordenação do processo de elaboração do plano de avaliação do curso;
- Coordenação entre a equipe técnica e a equipe de docente-formador-aluno na solução de problemas de ordem funcional, técnico-administrativa e de interação entre gerenciadores e usuários;
- Coordenação técnico-pedagógica no processo de ajustamentos necessários entre conteúdo-tempo-metodologia do material pedagógico durante a realização do curso e relatórios técnicos.

Este colegiado estava sempre em comunicação, ou por encontros presenciais ou via internet para tratar questões atinentes ao curso e as reuniões com os formadores aconteciam ao final de cada encontro presencial geral para tratar de questões avaliativas do curso.

Os Apoiadores Pedagógicos estavam em contato direto com os formadores, já que representavam sujeitos com percursos significativos no SUS e em Formação em Saúde, capazes de acompanhar os Formadores e as Unidades de Produção (UP) no desenvolvimento de seus Planos de Trabalho (plano de estudo e plano de intervenção).

Cada Apoiador Pedagógico teve sob sua responsabilidade duas ou três UPs (conforme características regionais) e foi uma referência direta para os Formadores durante o percurso. Dentre as atribuições do Apoiador Pedagógico, estão:

- Acompanhar os Formadores e as UPs no desenvolvimento de seus Planos de Trabalho (plano de estudo e plano de intervenção), mediante a participação nos Encontros Presenciais e de Encontros à Distância com os Formadores, bem como outras situações de apoio que se fizeram necessárias;
- Fornecer, durante todo o percurso, subsídios aos formadores para a análise de situações, de dificuldades, para a elaboração de estratégias de enfrentamento dos pontos críticos, etc.;
- Participar e contribuir nos Processos de avaliação e monitoramento;
- Subsidiar o Colegiado Gestor com informações referentes ao andamento do processo do curso e das intervenções.



A discussão da PNH nos vários espaços do SUS tem revelado sua força, traduzida em diferentes dimensões com importância no reposicionamento dos sujeitos na perspectiva de seu protagonismo, autonomia e corresponsabilidade; da potência do coletivo; da importância da construção de redes de cuidados compartilhados, em contraste com o mundo contemporâneo caracterizado pelo individualismo e pela competição. Assim a PNH assume um compromisso com a ética dos indivíduos (usuários, gestores e trabalhadores de saúde), por trabalhar com mudança de suas atitudes de forma a comprometê-los como responsáveis pela qualidade de serviços e ações (HECKERT; PASSOS; BARROS, 2009).

Dentro de cada função no curso de Humanização e considerando as relações no cotidiano dos serviços de saúde, pode-se enfatizar os modos de fazer, a atenção e a gestão nos serviços, sendo que é primordial na construção de processos de formação que busquem discutir e enfrentar os desafios dos serviços e garantir o princípio de integralidade, alterando as práticas nelas implicados (HECKERT; NEVES, 2009).

Podemos destacar como um desafio das práticas de saúde os modos verticalizados de gestão e a dissociação entre modelos de atenção (modos de cuidar) e os modelos de gestão (modos de gerir), desta forma a ideia do formador no Curso seria para dar suporte e apoiar os apoiadores nas suas intervenções. Estruturado desta forma poder-se-ia utilizar da intervenção e da gestão como uma ação mais participativa e significativa para os trabalhadores.

Os formadores do curso em Santa Catarina foram profissionais da área da saúde, com afinidade com políticas públicas de saúde, e conhecimento da região em que atuavam como profissionais de saúde. Também deveriam ter leitura/conhecimento das publicações da PNH, além de alguma experiência pedagógica ou em coordenação de grupos.

A formação dos formadores foi realizada no segundo semestre de 2008, em Florianópolis, através de uma oficina com 50 horas de duração. Porém, além desta oficina, os formadores receberam, em todo o processo de formação e de ação junto aos apoiadores, suporte teórico e metodológico da coordenação e dos apoiadores pedagógicos.

Desta forma, os formadores deveriam acompanhar e atuar no processo de formação dos apoiadores; supervisionar o processo de intervenção do seu grupo de apoiadores; participar e atuar nos seis (6) encontros presenciais programados; orientar e coordenar as atividades de aprendizagem à distância dos apoiadores em formação; intermediar as relações de seu grupo de referência com a coordenação do curso e

docentes e avaliar e publicizar os resultados obtidos no processo de interação com os apoiadores e de suas intervenções. Cada formador foi responsável por acompanhar um grupo de até oito apoiadores, formando com estes uma Unidade de Produção (UP) (BRASIL, 2009).

A proposta de um curso para formar apoiadores da PNH se fez no entendimento de que as práticas de gestão e de atenção são entendidas como espaços privilegiados para a introdução de mudanças nos serviços, pois são lócus importantes para a reorganização do processo de trabalho, ampliação e qualificação dos efeitos em saúde (BRASIL, 2007b).

Os apoiadores deste curso foram trabalhadores da Saúde, de nível médio ou universitário, com inserção e atuação direta em serviços que participam do SUS em Santa Catarina, prioritariamente aqueles já inseridos em ações de implementação da PNH no seu local de trabalho.

O apoiador, segundo os coordenadores do curso da PNH,

não é simplesmente um consultor, que palpita sobre o trabalho e diz das mazelas do grupo; nem tampouco sua ação se resume à assessoria, indicando caminhos a partir de um suposto saber externo que atua sobre o grupo. Sem negar estas especificidades, o apoiador é alguém que penetra no grupo para acioná-lo como dispositivo, alguém que atravessa o grupo não para ferí-lo, ou para anunciar suas debilidades, mas para operar junto com o grupo em um processo de transformação na própria grupalidade e nos modos de organizar o trabalho e de ofertar ações e estratégias de saúde (BRASIL, 2006a, p.14).

O processo de formação dos apoiadores envolveu várias atividades e confecção de documentos. Entre essas atividades podemos citar os encontros presenciais gerais (EPG-104 horas), os encontros presenciais locais (EPL- 56 horas) e as atividades à distância via ambiente virtual (EAD – 70 horas)

Os EPG ocorriam em dois momentos por eixo temático. O primeiro envolveu a formação dos apoiadores na apropriação dos recursos do ambiente virtual que foi adotado no curso e o encontro de encerramento envolveu a avaliação presencial. Estes encontros aconteceram na Escola de Saúde Pública de Santa Catarina, de forma concentrada, às sextas-feiras e sábados. Estes seminários presenciais serviam para introduzir, aprofundar e, em alguns casos, regionalizar, as discussões dos conteúdos de cada eixo programático.

O EPL era uma atividade coordenada pelos formadores em cidade-pólo de cada região, com ênfase no acompanhamento das intervenções a serem realizadas, com frequência quinzenal e duração de um turno (4 horas por encontro). E as atividades do EAD era uma atividade também coordenada pelos formadores, com acompanhamento virtual do desdobramento de cada conteúdo desenvolvido nos encontros presenciais, atividades específicas desenvolvidas simultaneamente por cada grupo local com seu formador e supervisionadas pela coordenação pedagógica em frequência quinzenal (5h/quinzena) (BRASIL, 2009).

Neste contexto podemos entender que além de ser um processo de formação com finalidades de intervenção, a PNH sustenta sua formação-intervenção em práticas concretas como processo de apoio para e entre os diferentes atores sujeitos.

Desta forma, a formação de apoiadores da Política Nacional de Humanização veio para facilitar a implementação da Política Nacional de Humanização e assim concretizar práticas de saúde humanizadas. Deseja-se que aconteça a implementação da PNH e com isto que algumas mudanças ocorram nas práticas de saúde, como: filas e o tempo de espera reduzidos, ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco. O usuário do SUS saberá quem são os profissionais que cuidam de sua saúde e a rede de serviços se responsabilizará por sua referência territorial e atenção integral. Referente às unidades de saúde espera-se a garantia dos direitos dos usuários, orientando-se pelas conquistas já asseguradas em lei e ampliando os mecanismos de participação ativa, e de rede sociofamiliar, nas propostas de intervenção, acompanhamento e cuidados gerais, além da gestão participativa aos trabalhadores e usuários, com investimento na educação permanente dos trabalhadores, na adequação de ambiência e espaços saudáveis e acolhedores de trabalho, propiciando maior integração de trabalhadores e usuários em diferentes momentos (BRASIL, 2007a).



## 4. PERCURSO METODOLÓGICO

### 4.1 CONTEXTO DA PESQUISA

O curso de Formação de Apoiadores Institucionais da Política Nacional de Humanização da gestão e da atenção, ocorreu no Estado de Santa Catarina em abril de 2009, com extensão de 7 (sete) meses.

O processo de organização do curso previu a formação de 60 (sessenta) apoiadores, que seriam profissionais de saúde que atuavam em Instituições vinculadas ao SUS, porém somente 57 (cinquenta e sete) apoiadores concluíram o curso com a entrega do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

A partir da realização deste curso, esperava-se que, nas regiões contempladas, os processos de intervenção disparassem modos de organizar a atenção e gestão alinhados as propostas da PNH. O impacto da inserção de apoiadores nas instituições deve desencadear um processo qualificado de inserção das diretrizes da PNH nas diferentes regiões de SC, contribuindo para a consolidação e ampliação das ações já desenvolvidas neste estado.

Além disto, almejava-se a ampliação dos espaços de negociação nas gestões municipais e estaduais do SUS, com ênfase no cumprimento do Pacto pela Saúde, bem como uma maior integração dos serviços com as instituições formadoras, através da produção de conhecimentos desencadeada a partir desta formação e da inserção de conteúdos relativos à humanização nos cursos de graduação e pós-graduação da Instituição de Ensino Superior parceira.

A ideia do curso foi de qualificar e potencializar ações e estratégias da PNH e que esses apoiadores fossem capazes de compreender a dinâmica da produção do processo saúde-doença-atenção e intervir sobre problemas de gestão dos serviços e processos de trabalho em saúde com soluções criativas, tomando por referência os aportes teóricos e metodológicos da PNH e as diretrizes da Política de Educação Permanente em Saúde, que prevê a utilização de metodologias ativas de aprendizagem para as ações de formação e qualificação em saúde no SUS (BRASIL, 2009).

Os formadores e apoiadores estavam divididos em 7 (sete) Unidades de Produção (UPs), que são grupos de, em média, 10 apoiadores, oriundos de uma mesma região ou de um mesmo segmento de atenção em saúde (Exemplo: UP de instituições hospitalares ou UP da região sul do estado), que buscam, através deste arranjo, a produção de grupalidade, fomentando a prática de cogestão e

corresponsabilização. Estes grupos foram pensados para que seus integrantes pudessem se organizar e trabalhar com objetos e objetivos claros, desenvolvendo processos de co-gestão (BRASIL, 2009).

Nessas atividades os formadores e apoiadores produziram diversos documentos (diário de bordo, portfólio, memória dos encontros, produção textual, Trabalho de Conclusão de Curso, relato final referente ao processo de formação-intervenção; banner; organização de evento) que apresentam informações sobre as diferentes atividades e percepções do apoiador e do formador nos diversos momentos do curso e da intervenção.

Neste curso foram formados 57 apoiadores, distribuídos em 29 municípios. Dentre as instituições representadas, estiveram 2 gerências regionais de saúde, 24 secretarias municipais de saúde e 12 hospitais.

Desta forma, este trabalho justifica-se pela importância de se conhecer as potencialidades e fragilidades ou limitações vivenciadas pelos trabalhadores durante o movimento e reflexão proposto aos serviços de saúde, e sua contribuição para efetivação do Sistema Único de Saúde nas instituições que tiveram a atuação do apoiador.

#### 4.2 TIPO DE PESQUISA

Trata de uma pesquisa do tipo qualitativa, com design exploratório-descritivo. Exploratória porque não se encontraram informações cientificamente produzidas que atendessem as necessidades da pesquisa proposta. Descritiva porque tem por objetivo conhecer e descrever as práticas de saúde propostas através de curso bem como entender o seu fundamento para a formulação de novas estratégias (VERGARA, 1988).

Segundo Bardin (2010), a análise documental é uma operação ou um conjunto de operações visando representar o conteúdo de um documento sob uma forma diferente da original, a fim de facilitar, num estado ulterior, a sua consulta e referência. Enquanto tratamento da informação contida nos documentos acumulados, a análise documental tem por objetivo dar forma conveniente e representar de outro modo essa informação, por intermédio de procedimentos de transformação. A análise documental é uma fase preliminar da constituição de um serviço de documentação ou de um banco de dados.

### 4.3 OS SUJEITOS DE PESQUISA

São os apoiadores da PNH que atuaram nas Unidades de Produção (UPs) de Santa Catarina e receberam a certificação do curso, totalizando cinquenta e sete (57) trabalhadores. Esses sujeitos são profissionais de saúde que mostraram interesse em realizar o curso, poderiam ter ou não alguma experiência com a PNH, como os Grupo de Trabalho em Humanização (GTH), e atuavam, durante a seleção para o curso, em Instituições vinculadas ao SUS, em Santa Catarina.

### 4.4 COLETA DE DADOS

Durante o curso os apoiadores desenvolveram vários documentos. Entre estes foi levantado o que apresenta questões sobre as práticas de saúde e assim foi utilizado o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) para esta pesquisa.

O Trabalho de Conclusão de Curso foi desenvolvido pelo apoiador. É o relatório dos planos de intervenção desenvolvidos na prática. Este plano de intervenção deveria ser a experimentação da política, pautado em alguma de suas diretrizes, visando à transformação de práticas de gestão e/ou atenção na Instituição do apoiador. Neste trabalho a função apoio desenvolvida pelo apoiador durante o plano de intervenção deveria ser contextualizada.

Foram utilizados todos os Trabalhos de Conclusão de Curso produzidos pelos apoiadores catarinenses, totalizando 57 documentos. O acesso a estes documentos se deu mediante autorização da Escola de Saúde Pública de Santa Catarina, Prof. Msc. Osvaldo Oliveira Maciel (ANEXO A), instituição responsável pelo banco de dados em questão.

Esses documentos estão organizados em um arquivo geral extraído da plataforma de ensino à distância do curso.

### 4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para o tratamento dos dados de natureza qualitativa, foi utilizada Análise de Conteúdo Temática, proposta por Bardin (2010), permitindo assim a identificação das categorias analíticas.

Segundo Bardin (2010), a análise de conteúdo pode ser entendida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas

mensagens. A categorização é operação central desta técnica onde se classificam os elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente por reagrupamento segundo gênero (analogia), com os critérios previamente definidos. As categorias serão organizadas de acordo com critérios de coerência, onde todos os itens deverão estar num mesmo contexto de significados, ou seja, coerentemente integrados.

Desta forma a análise seguiu os parâmetros propostos por Bardin (2010), onde foram utilizados três pólos cronológicos:

a) A pré-análise: fase de organização propriamente dita. Onde tornam-se operacionais as ideias iniciais, e constrói-se um plano de análise. Nesta fase foi feita uma leitura flutuante como primeiro contato com o material e escolhemos os documentos a serem submetidos à análise. Ainda nesta fase formulamos a hipótese e objetivos do estudo e escolhemos utilizar o programa Atlas.ti®, que é um software para organização de dados qualitativos, que faz uso de ferramentas adequadas para gerir a complexidade dos dados e auxiliar a pesquisador a permanecer focado nestes. Esta etapa do estudo foi desenvolvida de forma articulada a uma pesquisa correlata<sup>1</sup>, um estudo avaliativo multicêntrico acerca dos efeitos dos processos de formação da PNH na produção de saúde no SUS, envolvendo os estados de Santa Catarina, Rio Grande do Sul e São Paulo. As unidades de registro<sup>2</sup>, segundo Bardin (2010), utilizados para descrever as questões relevantes do estudo foram elaborados pela pesquisa correlata. O processo de tratamento e análise dos dados do presente estudo deu-se através de software adquirido para pesquisa multicêntrica.

b) Exploração do material: a partir da visualização das unidades temáticas e do objetivo do estudo foi organizado

---

<sup>1</sup> O estudo multicêntrico envolve os estados de Santa Catarina (UFSC) avaliando o curso de apoiadores ocorrido em 2009, o estado do Rio Grande do Sul (UFRGS) avaliando a especialização de apoiadores que ocorreu em 2008 e 2009 e o estado de São Paulo (UNESP) avaliando a atualização de apoiadores que aconteceu em 2008.

<sup>2</sup> Códigos, segundo Atlas.ti®



categorias temáticas<sup>3</sup> (BARDIN, 2010). Deste processo surgiram três categorias: Dispositivos e ações da PNH, Dificuldades enfrentadas e Intervenção para transformação.

À categoria temática “Dispositivos e ações da PNH” foram relacionados os seguintes códigos: acolhimento; ambiência; apoio matricial; apoio paidéia; apoio, experimentação da função; articulação entre apoiadores; articulação entre setores e políticas; clínica ampliada; contágio; corresponsabilização; escuta qualificada; GTH, dispositivo; curso, motivo para estar no; redes; valorização do trabalhador, diretriz; gestão compartilhada/cogestão, diretriz; ouvidoria, dispositivo; método da roda.

À categoria temática “Dificuldades enfrentadas” foram associados os seguintes códigos: apoio, compreensão da função; Intervenção, condicionantes desfavoráveis/dificuldades; apoio, experimentação da função; compromisso/ comprometimento; gestão, modos; curso, crítica; culpabilização dos médicos; desafios; gestão tradicional; curso, dificuldades para estar no.

E, à categoria temática “Intervenção para transformação” foram relacionados os seguintes códigos: acolhimento, ampliação da capacidade de análise; articulação entre coletivos; apoio paidéia; apoio, compreensão da função; articulação entre apoiadores; articulação entre setores e políticas; articulação entre coletivos; articulação, outros; atitudes; autonomia; ética, entendimento; curso, motivo para estar no/continuar; ética, relação com a PNH; formação, aprendizado, processo educativo; grupalidade; humanização, sentidos; inclusão, valor; participação social; intervenção, sentimentos; método da roda; mudança na prática clínica; protagonismo; saberes, compartilhamento; intervenção, avaliação; valorização do sujeito; vínculo; intervenção condicionantes favoráveis/facilidades; intervenção, dimensão criativa; intervenção estratégias; intervenção, objetivos; intervenção, pactuação com a gestão; intervenção, participação dos trabalhadores; intervenção, planejamento; intervenção, reformulação; intervenção, resultados.

E como terceira etapa do processo de análise no pólo cronológico:

- c) Tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação: Por fim, os resultados são tratados de maneira a

---

<sup>3</sup> Famílias de códigos, segundo Atlas.ti®

serem significativos e válidos, ou seja, os dados foram revisados até o momento em que esta análise não apontou novas informações, o que podemos nomear como “saturação teórica”.

#### 4.6 CUIDADOS ÉTICOS

A resolução 196/96 define pesquisa envolvendo seres humanos como aquela que envolve o ser humano individual ou coletivamente, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou em parte dele, incluindo o manejo de informações ou materiais (GONÇALVES; GARCIA; VERDI, 2006).

O presente trabalho foi apresentado, para autorização da pesquisa, à Escola de Saúde Pública de Santa Catarina – Professor Osvaldo de Oliveira Maciel (ANEXO A), por ser o órgão responsável pela realização do curso de Formação de Apoiadores Institucionais para a Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde.

De acordo com os princípios da bioética, o respeito à autonomia foi manifestado nesta pesquisa através da autorização da Escola de Saúde Pública de Santa Catarina para análise dos dados. O princípio da beneficência foi expresso através do compromisso com a minimização dos riscos e a obtenção do máximo dos benefícios no estudo dos dados produzidos pelos apoiadores. A não maleficência se manifesta através da garantia de que danos previsíveis foram evitados. O Princípio da justiça orienta a garantia de que todos os sujeitos de pesquisa sejam beneficiados com os resultados favoráveis da mesma, considerando ser importante divulgar e tornar público os resultados obtidos, a partir do curso de formação de apoiadores da PNH, nas práticas de saúde, uma vez que a humanização busca a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores.

Ainda de acordo com a resolução 196/96, esta pesquisa compromete-se com a obediência à metodologia adequada e a garantia da confidencialidade e privacidade dos sujeitos. Durante as citações utilizaremos nomes de plantas medicinais para garantir o anonimato dos envolvidos no processo.

O cronograma das atividades desenvolvidas neste estudo, assim como o orçamento detalhado estão descritos respectivamente no apêndice A e apêndice B.

## **5. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Conforme o Regimento do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, que define a apresentação dos resultados da dissertação de mestrado sob o formato de artigo científico, apresentaremos esta etapa do estudo no artigo que compõe a parte II desta dissertação.

Para o referido artigo optou-se por apresentar e discutir a totalidade dos resultados, ou seja, as três categorias identificadas: Dispositivos e ações da PNH, Dificuldades enfrentadas e Intervenção para a transformação.



## REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Prefácio: uma (in) esperada avaliação. In SANTOS FILHO, S. B. **Avaliação e Humanização em Saúde: aproximações metodológicas**. Unijuí: Ijuí. 2009.

BERLINGUER, G. **Bioética Cotidiana**. Brasília: Editora UNB, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Caderno HumanizaSUS: Formação e intervenção, série B, Textos básicos de saúde. PAULON, S. WEBER, L. MELLO, V. BOTTEGA, C. **Método da inclusão e processo seletivo de apoiadores institucionais**: uma combinação possível? Brasília – DF, 2010a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Caderno HumanizaSUS: Formação e intervenção, série B, Textos básicos de saúde. SCHNEIDER F., SILVA, C.S. da; **Trabalhador da Saúde**: Gente cuidando de gente. P.186. 2010b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Projeto de Cooperação Técnica**. Curso de formação de formadores e de apoiadores para a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde. Brasília, 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Projeto do curso de formação de apoiadores institucionais para a humanização da atenção e gestão do sistema único de saúde** – modalidade aperfeiçoamento, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Relatório Final**. Curso de formação de formadores e de apoiadores para a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde. Brasília. 2007b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4.ed. Brasília, 2007a.

CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2007.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

COHN, A. **Cidadania e formas de responsabilização do poder público e do setor privado pelo acesso, equidade, qualidade e humanização na atenção à saúde**. 2000. Disponível em: <www.gices-sc.org> acesso em 06 mai. 2011.

CÔRTEZ, S.M.V. Balanço de experiências de controle social, para além dos conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde brasileiro: construindo a possibilidade de participação dos usuários. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderno da 11ª Conferência Nacional de Saúde**. P. 23-42. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

COSTA, S.C.; FIGUEIREDO, M.R.B.; SCHAURICH, D. Humanização em Unidades de Terapia Intensiva para adultos (UTI): compreensões da equipe de enfermagem. **Interface – comunicação, saúde, educação**, Botucatu. V.13, supl.1, p.571-80. 2009.

CZERESNIA D.; FREITAS, C.M. **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário Aurélio eletrônico**: século XXI. Rio de Janeiro: Nova Fronteira/Lexicon Informática, 1999.

GONÇALVES, E.R.; GARCIA, L.P.; VERDI, M.I.M. Aspectos éticos na pesquisa epidemiológica em saúde bucal. In: ANTUNES, J.L.F.; PERES, M.A. **Fundamentos de odontologia**: Epidemiologia da saúde bucal. Coordenador da série Oswaldo Crivello Junior. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

GRACIA, D. **Pensar a Bioética**: Metas e Desafios. Loyola, 2010.

HECKERT, A.L.C.; PASSOS, E.; BARROS, M.E.B. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. **Interfaces: Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu. V.14, supl.I, p. 493-502, 2009.

HECKERT, A.L.C.; NEVES, C.E.A.B. **Modos de formar e modos de intervir**: quando a formação se faz potência de produção do coletivo.

Cadernos HumanizaSUS. Formação e Intervenção. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

LAVRADOR, M.C.C, MACHADO, L.D. Por uma clínica da expansão da vida. **Interface – comunicação, saúde, educação**. Botucatu. V.13, supl 1, p.515-21, 2009.

PASCHE, D.F. Apresentação. In SANTOS FILHO, S.B. **Avaliação e Humanização em Saúde**: aproximações metodológicas. Unijuí: Ijuí, 2009.

PEDROSO, R.T. VIEIRA, M.E.M. Humanização das práticas de saúde: transversalizar em defesa da vida. **Interface – comunicação, saúde, educação**, Botucatu. V.13, supl. I, p.695-700 2009.

RIGHI, L.B. Produção de redes de atenção à saúde: acordos, confrontos e reparos. In: PASCHE, D. F.; CRUZ, I. B. M. (Org.). **Saúde coletiva: diálogos contemporâneos**. Ijuí: Editora Unijuí. 2005.

SANTOS FILHO, S.B. **Avaliação e Humanização em Saúde**: aproximações metodológicas. Ed. Unijuí. Ijuí, p.272. 2009.

SANTOS FILHO, S.B.; BARROS, M.E.B.; GOMES, R.S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface – comunicação, saúde, educação**, Botucatu. V.13, supl 1, p.603-13, 2009.

SANTOS-FILHO, S.B. Construindo um método de acompanhamento avaliativo e avaliando processos de formação: **em foco o curso de humanização da atenção e gestão em saúde no Mato Grosso. Relatório de Consultoria**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

SCHNEIDER F.; SILVA C. S.; **Trabalhador da Saúde**: Gente Cuidando de Gente. Cadernos HumanizaSUS: Formação e Intervenção. Volume 1, Brasília, 2010.

SCHUWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Orgs) Trabalho e ergologia; conversar sobre a atividade humana. Niterói: EdUFF, 2007. In SANTOS FILHO, S.B.; BARROS, M.E.B.; GOMES, R.S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em

saúde. **Interface – comunicação, saúde, educação**, v.13, supl 1, p.603-13, 2009.

TRAD, L.A.B.; ESPERIDIÃO, M.A. Gestão participativa e co-gestão em saúde: limites e potencialidades no âmbito da Estratégia Saúde da Família. **Interface – comunicação, Saúde. Educação**, Botucatu. V.13, supl.1, p.557-70, 2009.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 1998. Disponível em: <<http://gpo.com.br/tese/metodologia.htm>> Acesso em outubro de 2011.



## APÊNDICES



## APENDICE A: CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

ATIVIDADES		2010	2011		2012	2013
		2 sem.	1 sem.	2 sem.	1 sem.	1 sem.
<b>Etapa 1 Projeto</b>	<b>1. Elaboração do Projeto de Pesquisa</b>	X	X			
	<b>2. Autorização pela Escola de Saúde Pública Osvaldo de Oliveira Maciel</b>		X			
	<b>3. Qualificação do Projeto</b>			X		
<b>Etapa 2 Análise documental</b>	<b>4. Realização da Pesquisa Documental</b>				X	
	<b>5. Categorização dos dados analisados</b>				X	
	<b>6. Análise dos dados coletados</b>					X
	<b>7. Elaboração dos resultados da pesquisa</b>					X
<b>Etapa 3 Finalização do estudo</b>	<b>8. Defesa da dissertação</b>					X
	<b>9. Devolutiva dos resultados para os sujeitos da pesquisa</b>					X

**APENDICE B: ORÇAMENTO DETALHADO**

ITEM	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL (R\$)
Pen drive (4G)	2	R\$ 30,00	R\$ 60,00
Impressão	100	R\$ 0,20	R\$ 20,00
Fotocópia	300	R\$ 0,07	R\$ 21,00
Encadernação	4	R\$ 6,00	R\$ 24,00
Total			R\$ 125,00

As despesas acima referidas foram de responsabilidade da pesquisadora.

## **ANEXOS**



# ANEXO A- Autorização da Escola de Saúde Pública de Santa Catarina para utilização dos dados.

Folha de Rosto

Page 1 of 1



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Conselho Nacional de Saúde  
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS				FR - 457227	
Projeto de Pesquisa FORMAÇÃO EM HUMANIZAÇÃO DO SUS: avaliação dos processos de formação de atores institucionais na produção de saúde nos territórios de Santa Catarina					
Área de Conhecimento 4.00 - Ciências da Saúde - 4.06 - Saúde Coletiva - Nenhum				Grupo Grupo III	Nível Não se aplica
Área(s) Temática(s) Especiais				Fase Não se aplica	
Unitermos Humanização, Educação, Avaliação-formativa, Apoio institucional, Formação-intervenção					
Sujeitos na Pesquisa					
Nº de Sujeitos no Centro 60	Total Brasil 60	Nº de Sujeitos Total 60	Grupos Especiais		
Placebo NAO	Medicamentos HIV/AIDS NAO	Wash-out NAO	Sem Tratamento Específico NAO	Banco de Materiais Biológicos NAO	
Pesquisador Responsável					
Pesquisador Responsável Marta Inez Machado Verdi		CPF 289.370.310-00	Identidade 45564205		
Área de Especialização Saúde Pública		Maiores Titulação Doutorado	Nacionalidade Brasileira		
Endereço Rua Laurindo Januário Silveira, 5125		Bairro Lagoa da Conceição	Cidade Florianópolis - SC		
Código Postal 88062-200	Telefone (48) 331-9386	Fax	Email verdi@inbox1.ufsc.br		
Termo de Compromisso					
Declaro que conheço e cumpro os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não.					
Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima.					
Data: 12/08/2011 Assinatura:					
Instituição Proponente					
Nome Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC		CNPJ 93.899.526/0001-82	Nacional/Internacional Nacional		
Unidade/Órgão Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva		Participação Estrangeira NAO	Projeto Multicêntrico NAO		
Endereço Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima		Bairro Trindade	Cidade Florianópolis - SC		
Código Postal 88040-900	Telefone 48 3319206	Fax 48 3319599	Email cep@reitoria.ufsc.br		
Termo de Compromisso					
Declaro que conheço e cumpro os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não.					
Nome: Karen Glazer de Anselmo Pereira					
Cargo: Coordenadora da Prática de Saúde Coletiva					
Data: 12/08/2011 Assinatura:					
Instituição Co-Participante					
Nome Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina - SES/SC		CNPJ 92.951.245/0001-69	Nacional/Internacional Nacional		
Unidade/Órgão Escola de Saúde Pública do Estado de Santa Catarina Prof. Msc. Osvaldo de Oliveira Maciel		Participação Estrangeira NAO	Projeto Multicêntrico NAO		
Endereço Rua Esteves Júnior, 160		Bairro Centro	Cidade Florianópolis - SC		
Código Postal 88016130	Telefone (48) 3221-22233	Fax 48 32212387	Email cep@ses.sa.gov.br		
Termo de Compromisso					
Declaro que conheço e cumpro os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares.					
Nome: Denise Damerou Sada					
Cargo: Coordenadora de Saúde Coletiva					
Data: 12/08/2011 Assinatura:					

O Projeto deverá ser entregue no CEP em até 30 dias a partir de 24/08/2011. Não ocorrendo a entrega nesse prazo esta Folha de Rosto será INVALIDADA.

O Voltar

IMPRIMIR





## **PARTE II – ARTIGO CIENTÍFICO**



**POTENCIALIDADES E LIMITAÇÕES DAS PRÁTICAS DE  
SAÚDE DESENVOLVIDAS POR APOIADORES  
INSTITUCIONAIS DA POLÍTICA NACIONAL DE  
HUMANIZAÇÃO**

Sabrina Blasius Faust: Discente do Programa de Pós-Graduação em saúde Coletiva – Departamento de Saúde Pública – Centro de Ciências da Saúde – Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Residencial Lírios, n. 574, apto 901, Rua: Vereador Mario Coelho Pires, bairro: Campinas, São José – SC – Brasil. 88101280, [sabrinafaust@hotmail.com](mailto:sabrinafaust@hotmail.com)

Marta Inez Machado Verdi: Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Departamento de Saúde Pública – Centro de Ciências da Saúde – Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), [verdi@mbox1.ufsc.br](mailto:verdi@mbox1.ufsc.br)



## POTENCIALIDADES E LIMITAÇÕES DAS PRÁTICAS DE SAÚDE DESENVOLVIDAS POR APOIADORES INSTITUCIONAIS DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

### CAPACIDADES Y LIMITACIONES DE LAS PRÁCTICAS DE SALUD DISEÑADOS PARA APOYO INSTITUCIONAL DE HUMANIZACION POLÍTICA NACIONAL

### CAPABILITIES AND LIMITATIONS OF HEALTH PRACTICES DESIGNED FOR INSTITUTIONAL SUPPORTERS OF NATIONAL POLICY HUMANIZATION

#### **RESUMO**

Esta pesquisa buscou analisar as potencialidades e limitações dos dispositivos e ações desenvolvidos, a partir de um processo de formação-intervenção de apoiadores institucionais da PNH, para a mudança das práticas de saúde, a partir de seus planos de intervenção. A análise revelou três categorias: “Dispositivos e ações da PNH”, que aponta o Método da Roda como potencialidade para discussão nos serviços de saúde e a cogestão que se destaca enquanto dispositivo da PNH; “Dificuldades enfrentadas”, onde são descritas fragilidades relativas à gestão e às relações de trabalho; e por último, “Intervenção para Transformação”, que apresenta as formações de redes, vínculos, mudança pessoal, inclusão e valorização de todos como transformações ocorridas. Podemos concluir que a PNH conseguiu através do curso de Apoiadores em Santa Catarina, criar espaços de construção e trocas de saberes, investindo em modos de trabalho em equipe.

Palavras-chave: apoio, planos de intervenção, método da roda, processo de trabalho, humanização.

#### **RESUMEN**

Este estudio investiga el potencial y las limitaciones de los dispositivos y las acciones desarrolladas a partir de un proceso de intervención de entrenamiento de partidarios institucionales de la Policía Nacional de Haití, para cambiar las prácticas de salud, de sus planes. El análisis reveló tres categorías: “Dispositivos y acciones de PNH” Señalando Método de ruedas como potencial para el debate sobre los servicios de salud y de gestión que se destaca mientras que el dispositivo HNP, "

Las dificultades se enfrentaron " , que son las debilidades relacionadas con la gestión descrito y las relaciones laborales y, por último, "intervención para la Transformación", lo que demuestra la formación de redes, enlaces, el cambio personal, la inclusión y valoración de todas estas transformaciones se produjeron. Llegamos a la conclusión de que la PNH logrado en el curso de los partidarios en Santa Catarina, crear espacios de la construcción y el intercambio de conocimientos, formas de invertir en el trabajo en equipo.

Palabras clave: apoyo, planes de intervención, el método de la rueda, la humanización de procesos de trabajo .

## **ABSTRACT**

This research investigates the potential and limitations of the devices and actions developed from a process of training intervention of institutional supporters of the HNP, to change health practices, from their plans. The analysis revealed three categories: "Devices and actions of PNH" Pointing Method Wheel as potential for discussion on health services and co-management that stands out while device HNP; " Difficulties faced " , which are described weaknesses relating to the management and labor relations, and finally, "Intervention for Transformation", which shows the formation of networks, links, personal change, inclusion and valuation of all such transformations occurred. We conclude that the PNH achieved through the course of supporters in Santa Catarina, create spaces of the building and the exchange of knowledge, ways of investing in teamwork.

Keywords: support, intervention plans, wheel method, process work humanization.

## **INTRODUÇÃO**

Após a Constituição de 1988, saúde passou a fazer parte do contexto de elementos sociais, econômicos e culturais que se processam e se sintetizam na experiência concreta de cada sujeito, de cada grupo em particular e da sociedade em geral (PASCHE, 2009).

O Sistema Único de Saúde (SUS) apresentou avanços desde então, porém permanecem contradições à medida que novas tecnologias são incorporadas ao Sistema. Deste modo, novas políticas de saúde vêm

sendo estruturadas, entre elas a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH), do Ministério da Saúde. Surgiu em 2003, como diretriz transversal do Sistema Único de Saúde para fortalecer diversos princípios conquistados na Constituição Federal de 1988 e implantados, desde então, no campo da saúde.

A PNH contempla o movimento de consultores, de um colegiado gestor, de formadores e apoiadores para fortalecer o SUS. A ideia é humanizar no sentido de valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (BRASIL, 2007).

A conquista por níveis de saúde o mais elevado possível é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, credo político, condição econômica ou social. Porém é impensável que o direito à vida possa significar direito a não morrer, ou que o direito à saúde implique imunidade a toda doença, mas é possível aproximar-se de níveis de saúde mais elevados mediante conhecimento, meios técnicos, políticas, recursos, compromissos que muitos indivíduos são obrigados a assumir (BERLINGUER, 1996). E para garantir o “caráter constituinte” do SUS é necessário que possamos identificar os problemas contemporâneos que se dão nas relações entre Estado e as Políticas Públicas (Benevides, Passos, 2005).

Neste contexto e a partir da verificação, escuta, análise e síntese de um SUS que dá certo, foi que se produziram os princípios, os métodos, as diretrizes e os dispositivos da PNH (BRASIL, 2007).

A PNH acredita na parceria com pessoas que atuam na prática das Instituições de Saúde diariamente; denomina essas pessoas de apoiadores e deseja prepará-las para que fomentem a capacidade de análise da equipe de saúde. É na perspectiva de qualificar e potencializar ações e estratégias da PNH que se insere o Curso de Formação de Apoiadores, sendo uma estratégia para apoiar as experiências e inovações das práticas de saúde concretizando o SUS.

Em Santa Catarina, o curso aconteceu no ano de 2009, em parceria com a Escola de Saúde Pública Prof. Osvaldo Maciel/SESSC, o Ministério da Saúde/SAS/PNH e a Universidade Federal de Santa Catarina. Este curso teve duração de sete meses e os apoiadores eram profissionais de saúde que trabalhavam em instituições vinculadas ao SUS, que demonstraram interesse ou envolvimento com a Política Nacional de Humanização.

Este estudo teve como objetivo identificar as potencialidades e as limitações dos planos de intervenção (PI) desenvolvidos pelos apoiadores e avaliar se o processo de formação-intervenção

desenvolvido possibilitou novas experiências e melhorias no processo de trabalho e na produção de saúde.

### **Percurso Metodológico**

Trata-se de um estudo qualitativo, com design exploratório-descritivo que utilizou a técnica de pesquisa documental e análise de conteúdo temática (BARDIN, 2010).

No processo de coleta de dados, os documentos pesquisados foram os Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) produzidos pelos apoiadores institucionais da PNH que foram desenvolvidos em 2009 em Santa Catarina, totalizando 57 documentos. Esses documentos estão organizados em um arquivo geral extraído da plataforma de ensino à distância do curso e o acesso a estes documentos se deu mediante autorização da Escola de Saúde Pública de Santa Catarina, instituição responsável pelo curso de formação.

Os documentos obtidos foram organizados, codificados e reagrupados em categorias analíticas com o auxílio do software de análise de dados qualitativos Atlas.ti®. A codificação foi desenvolvida de forma articulada a uma pesquisa correlata<sup>1</sup> - um estudo avaliativo multicêntrico acerca dos efeitos dos processos de formação da PNH na produção de saúde no SUS. A análise dos dados resultou nas seguintes categorias temáticas: “Dispositivos e ações da PNH”, “Dificuldades enfrentadas” e “Intervenção para transformação”. Para a discussão destes resultados procuramos desenvolver um diálogo entre a proposta da Política Nacional de Humanização e o olhar da Bioética Cotidiana, proposta por Berlinguer (2004). Para garantir o anonimato dos apoiadores nos documentos foram utilizados codinomes inspirados em plantas medicinais.

---

<sup>1</sup> O estudo multicêntrico envolve os estados de Santa Catarina (UFSC) avaliando o curso de apoiadores ocorrido em 2009, o estado do Rio Grande do Sul (UFRGS) avaliando a especialização de apoiadores que ocorreu em 2008 e 2009 e o estado de São Paulo (UNESP) avaliando a atualização de apoiadores que aconteceu em 2008.



## Dispositivos e ações da PNH

A familiarização com o marco teórico-político-operativo no qual a Política Nacional de Humanização está estruturada aconteceu progressivamente pelos apoiadores. Eles foram apresentados aos princípios, diretrizes e dispositivos da PNH e foram aprendendo na prática a trabalhar com os novos termos e significados. Os princípios dizem respeito ao que sustenta e dispara um determinado movimento na perspectiva de política pública. Para viabilização dos seus princípios, a PNH opera com diretrizes e dispositivos. As primeiras são compreendidas as orientações específicas da política (clínica ampliada, acolhimento, cogestão, valorização do trabalho e do trabalhador da saúde; defesa dos direitos do usuário e do fomento à construção de grupalidade, coletivos e redes) (BRASIL, 2007). E por dispositivos entende-se a tradução das diretrizes em arranjos operativos, postos em funcionamento para promover mudanças nos processos de trabalho (gestão colegiada, atendimento com base em necessidades e prioridades, escuta qualificada etc.) (SANTOS FILHO, 2009).

No Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) podemos perceber que os apoiadores desde as primeiras tentativas de conversa com as equipes de saúde procuram colocar os dispositivos e diretrizes da PNH nos seus discursos.

A equipe se juntou e colocou algumas mudanças que podem estar ocorrendo no ambiente de trabalho, no sentido da confortabilidade. A luz, a cor e a textura da nossa secretaria não são adequadas, deixando um ambiente triste e mal visto. Esses componentes presentes na concepção de ambiência atuam como qualificadores e modificadores do espaço, e quando utilizados com equilíbrio e harmonia, criam ambientes acolhedores que podem contribuir no processo de produção de saúde e espaços saudáveis. (Celidônia).

O espaço se apresenta como instrumento importante em relação à possibilidade de realizar reflexão sobre a produção do sujeito e do processo de trabalho quando entendemos que a construção do meio deve propiciar a possibilidade do processo reflexivo, garantindo a construção de ações a partir da integralidade e da inclusão (BRASIL, 2004). Muitas instituições públicas são consideradas desagradáveis por suas estruturas

precárias. A ambiência pode ser considerada uma boa diretriz para chamar atenção dos trabalhadores, uma vez que todos simpatizam com um ambiente agradável no trabalho. A questão da ambiência é a percepção do que cada um poderá construir, propor e mudar sem necessitar de grandes influências administrativas, verbas públicas ou intervenção política. Na fala de Celidônia ainda há timidez sobre a diretriz ambiência, já que a luz, a cor e a textura poderão trazer benefícios para o ambiente ou não. Ela precisa discutir melhor isto com os trabalhadores. Na verdade, nesta situação é importante analisarmos a função apoio que independente de qual diretriz ou associação de diretrizes que o apoiador trabalha no seu plano de intervenção, apresenta-se como fundamental e especial.

Disparei a discussão sobre o que faríamos com os pacientes que iriam embora sem atendimento médico? [...]

Seria necessário uma reorganização de nosso processo de trabalho com vistas a oferecer resposta a necessidade do usuário, garantindo desta forma o acesso aos serviços. Neste momento me vi efetivamente desempenhando minha função como apoiadora institucional, pois não fui eu quem definiu o modelo de intervenção, mas sim, a equipe de trabalho baseando-se nas discussões das duas rodas [...] Eu me sentia afetada, poderia ser um de nós ali, precisando do serviço e tendo que voltar para casa sem resposta alguma. Precisava que alguém os ouvisse e dessem algum encaminhamento aos problemas trazidos. Eu me sentia corresponsável por aquelas pessoas. Queria a recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa permitindo que as pessoas expressassem suas preocupações, angústias, garantindo atenção resolutiva e, caso necessário, faríamos a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência. Foi nestes encontros que construímos laços entre trabalhador e usuário (Chia).

Nesta citação, podemos analisar a participação do apoiador como membro da equipe discutindo o **acolhimento**, a participação da equipe e

a **valorização do usuário** pelo serviço de saúde. Podemos perceber importante afetação dos envolvidos.

Nos documentos analisados podemos destacar entre as diretrizes mais utilizadas pelos apoiadores nos planos de intervenção a cogestão, conforme figura a seguir:

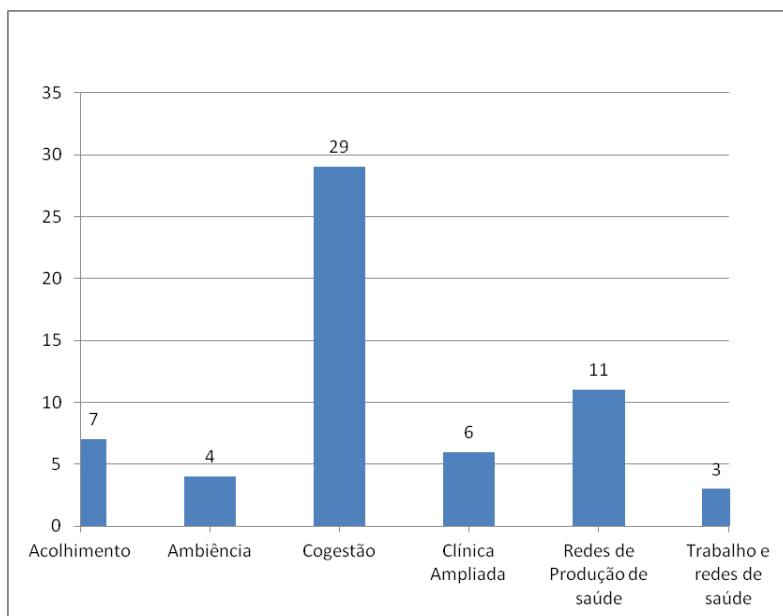


Gráfico 1– Distribuição dos PI por diretrizes trabalhadas pelos apoiadores no Curso de Formação de Apoiadores, em Santa Catarina, no ano de 2009.

Fonte: Relatório final do Curso de Formação de Apoiadores Institucionais de Santa Catarina.

A diretriz cogestão mostrou-se foco de intervenção em 29 planos, indicando uma fragilidade percebida pelos apoiadores na análise do reconhecimento do território local. Podemos associar, conforme análise dos documentos e relato dos apoiadores que o principal motivo para a escolha desta diretriz foi a dificuldade de comunicação entre os profissionais e as relações de poder entre gestores e trabalhadores.

Sinto algumas dificuldades como a falta de comprometimento e diálogo por parte de alguns profissionais. A principal dificuldade: o não se colocar no lugar do outro, a falta de empatia; me parece, que na superficialidade todos estão fazendo suas tarefas com naturalidade, mas não pensam, nem buscam se aquilo que estão fazendo poderiam desempenhar com mais qualidade. A rotatividade dos profissionais e gestão é outra dificuldade, visto que desta forma não é possível criar vínculo com a comunidade (Gengibre).

Para tratar das questões de gestão é importante contextualizar a administração científica. A racionalidade gerencial da administração produz sistemas de direção que se alicerçam no aprisionamento da vontade e na expropriação das possibilidades de governar da maioria. Mesmo com a valorização da cultura, do mercado e a ênfase no fator humano, a administração científica herdada de Taylor ainda não foi superada. A disciplina e o controle continuam sendo o eixo central dos métodos de gestão (CAMPOS, 2007). A PNH trabalha para o antitaylorismo, a cogestão e a democracia institucional e neste contexto espera-se que os profissionais envolvidos com a PNH tornem-se seres competentes para exercer e garantir sua cidadania de forma que “o ser bioético deve lidar com o outro, devendo integrar sua biologia com sua biografia, que o tornará competente para exercer sua cidadania” (COHEN; COBBETTI, 2004).

A cogestão não prescinde de instâncias que pressionem as equipes de trabalho, obrigando-as a escutar e dialogar com outros sujeitos. Ao contrário, e acreditamos que por isto ela tenha sido escolhida por tantos apoiadores. Desta forma constroem-se acordos entre a autonomia e o controle, podendo estabelecer uma relação democrática (CAMPOS, 2000). Atualmente, será a bioética, a ética da vida, quem irá se ocupar do que venha ser certo ou errado frente aos conflitos provocados pela nossa evolução científica, pois será esta ética que nos permitirá pensar certos conceitos propostos pela ciência (COHEN; GOBBETTI, 2004).

Outra diretriz presente em um número significativo (11) de PI diz respeito à **redes de produção de saúde**, ou seja, a construção de vínculos, a troca de saberes, a comunicação, a ampliação da autonomia entre os serviços, setores e políticas também foi considerada importante para ser trabalhada na prática pelos trabalhadores. Este dado aparece,

principalmente, como preocupação nas instituições envolvidas com a saúde mental (CAPS e atenção básica).

Quando colocamos no papel a construção de **redes**, iniciamos pelo hospital e foi difícil parar. Fomos adicionando outras instituições e incluímos até a CIDASC, que constitui a fiscalização da saúde animal e até o IML (Citronela).

A **rede** conta com ofertas de serviços dos mais diferenciados, no entanto a rede pouco conversa. A comunicação entre os serviços é ainda muito falha e consequentemente o usuário permanece perdido no emaranhado desta complexa rede. [...] A demanda ainda procura os serviços de saúde de forma desorganizada, pois os pontos de atenção apresentam descaracterização das competências de cada serviço. Muitos profissionais sentem-se desestimulados pelas formas de gestão dos processos decisórios e excesso de demanda, gerando uma queda na qualidade da assistência prestada (Arnica).

Na expressão de Citronela podemos perceber que num momento de aprendizagem e estudo a apoiadora e sua equipe conseguem compreender o significado e importância das redes, e Arnica identifica esta diretriz como frágil na sua realidade. A rede de produção de saúde surge através de movimentos que apoiam e se potencializam para “novas relações da saúde” com outros serviços, atores, a fim de promover a integralidade das ações, ampliando a autonomia dos serviços (RIGH, 2005).

Seja para ampliar a autonomia, reconhecer e formar redes de serviços ou trabalhar com os diferentes atores e coletivos, a PNH adota o uso de métodos, que seria a condução de um processo ou o seu modo de caminhar (BRASIL, 2006). Um desses métodos, que foi utilizado por todos os apoiadores na prática dos seus planos de Intervenção, foi o método da Roda.

Rodas de conversa são espaços democráticos de troca onde os trabalhadores e gestores têm a oportunidade de decidirem sobre questões referentes ao trabalho (BRASIL, 2006).

Ao longo do processo foi possível observar o envolvimento e a sensação dos profissionais nas

intervenções propostas, pois eram pactuadas coletivamente. A roda também proporcionou a desconstrução das hierarquias profissionais socialmente construídas, pois propõe a igualdade dos pares respeitando as diversidades existentes (Arnica).

Com o transcorrer dos encontros fui percebendo que a roda não é impossível, porém não é simples. Tem que ser algo contagiante e de interesse do coletivo, senão a roda perde sua essência (Calêndula).

Como percebe-se na fala de Calêndula, a construção de discussões na roda deve ser planejada. Precisa-se acreditar na possibilidade de mudança e trabalhar com as certezas e potencialidades do que se tem disponível para melhorar. O método da roda tenta tornar possível a análise da diferença entre controle social (seres dominados) e autonomia (cidadãos com liberdade relativa). Para o método, o fortalecimento do sujeito e a democratização das instituições são os principais caminhos para a reformulação e superação da racionalidade gerencial hegemônica (CAMPOS, 2000).

Cada vez que a roda acontece na UBS, alguns questionamentos surgem. Incertezas de que “esse jeito” realmente vai funcionar e se tem apoio da gestão e a esperança de que alguma mudança aconteça. É possível perceber isto na fala de um trabalhador: “concordo com o cansaço, mas vejo que se respondemos (atividade realizada pela equipe referente às diretrizes da PNH) é porque temos expectativas e desejo de melhorar”. (Alfazema)

Para os apoiadores ter o apoio da gestão significou conseguir colocar seu PI em prática e motivação para alcançar um objetivo. Quanto à gestão, a discussão sobre a busca dos meios disponíveis para a saúde concentra-se nos recursos financeiros, que são definidos como “escassos”, desprezando muitas vezes os recursos humanos. A saúde transformou-se em um direito, algo desse direito é possível de ser precisado, outra parte é ambígua e o direito à saúde é traduzido, na prática, pelo acesso a um exame complementar ou um medicamento. Dificilmente teremos tudo que as pessoas demandam ou que os

profissionais consideraram necessário. Por outro lado, sempre poderemos construir um projeto de intervenção que tenha algum efeito terapêutico (Campos, 2007).

As propostas da Política ainda estão iniciando no município, mas o gestor municipal e gerentes tanto da atenção primária e de referências demonstram interesse de que seja efetivada a PNH no município. Precisamos amadurecer o método de fazer da Política (Arnica).

As ações da PNH muitas vezes precisaram de reforços para confirmar o apoio de gestores. Nestes momentos, a equipe pedagógica do curso e os aportes teóricos da PNH foram bases sólidas para o apoiador. Os trabalhadores têm muito conhecimento da prática, sabem como funcionam os serviços, mas nem sempre falam sobre suas ideias. Quando a sociedade e as instituições não intervêm para criar oportunidades para melhorar, para mudar, para crescer, as responsabilidades são no mínimo passivas (BERLINGUER, 2004).

Podemos destacar nesta categoria, considerando a curta duração do curso que foi de 7 meses, que os apoiadores identificam-se com as diretrizes, mas principalmente com o método da roda, e assim as discussões e reflexões importantes com as equipes aconteceram, e o fato de se basearem nas relações de trabalho e gestão como fragilidades dos serviços acabam tornando os dispositivos da PNH presentes nas descrições do PI para futuras ações.

Participaram da **roda**, as enfermeiras, coordenadores da ESF e também a equipe NASF. [...] e queremos de forma gradual trazer os usuários para a implantação da PNH no nosso município. Não podemos tomar o **apoio matricial** como algo que deva acontecer exclusivamente no NASF. O Apoio Matricial tem que se dar na **rede** inteira, sob risco de, mesmo com o NASF, mantermos "ilhas" de baixa resolutividade na rede (Cominho).

No depoimento de Cominho, rede significa chegar mais perto do atendimento ao usuário e para a rede funcionar é necessário um território fortalecido. O que chamamos de território é, portanto o cenário onde a vida acontece. Para fortalecer este território os apoiadores

demonstraram nos seus documentos que precisam promover mudanças nos processos de trabalho, fortalecendo e promovendo o SUS e a PNH.

### **Dificuldades enfrentadas**

O trabalho ocupa um papel organizador na vida das pessoas, sendo assim parte-se do pressuposto que o trabalho pode ser fonte de saúde e doença. As práticas humanizadas em saúde devem ser analisadas a partir do processo de trabalho, com ações articuladas, pois assim será possível **produzir mudanças significativas** nos serviços de saúde na direção dos princípios do SUS (SANTOS FILHO; BARROS; GOMES; 2009).

Os Planos de Intervenção (PI) foram elaborados para promover reflexão, com base no marco teórico-político-operativo da PNH e também propor mudanças nas práticas de atenção e de gestão. É importante salientar que o PI poderia ser desenvolvido de modo coletivo, envolvendo os trabalhadores e parcerias com instituições estratégicas para a consolidação da Política. Alguns apoiadores propuseram rodas de conversa nos serviços de saúde, outros primeiramente apresentaram a PNH para a gestão.

Motivada pelos primeiros contatos nos grupos sugeri uma data para realizar uma reunião “a roda de conversa”. Preparei-me com o material para expor ao grupo sobre a PNH, [...]. Mas ficou impossibilitada de acontecer devido ao acúmulo de atividades, comprometendo a data e horário de disponibilidade da equipe ao encontro. Sendo assim, a roda não aconteceu (Confrei).

O percurso teve suas dificuldades. As relações e as mudanças nos serviços de saúde são concretizadas através da escuta qualificada, a saúde do trabalhador, a saúde no trabalho. Mas para que isto aconteça os apoiadores precisavam sensibilizar os outros profissionais e gestores, e os determinantes externos e internos, como organização do tempo e dos meios e colaboração da comunidade.

Outra dificuldade enfrentada logo no início do curso refere-se à epidemia de gripe pelo vírus H1N1 ocorrida no estado de Santa Catarina no ano de 2009. Pelas incertezas e desconhecimento do vírus toda a equipe de saúde ficou em alerta e muitas reuniões tratando sobre outros assuntos foram canceladas.



As ações realizadas na UBS aconteceram de forma criativa e com muitas angústias, pois vários impedimentos surgiram no caminho. Um deles foi a Influenza H1N1, em que a cidade, o estado, o Brasil ficou em alerta. Todas as capacitações, reuniões internas, atendimentos a grandes grupos foram cancelados, o que dificultou reunir os profissionais para uma grande roda de conversa (Alfazema).

A PNH faz parte do planejamento com a ação de planejar a escuta, a organização, a busca de informações, o compartilhamento de saberes. Nesta tentativa de roda de conversa, os apoiadores utilizaram ferramentas da política, onde mesmo num momento de crise conversaram e decidiram que não seria o momento de parar as atividades para discutir relações do serviço, mas sim atender a demanda. À medida que a situação da gripe foi controlada, as atividades foram retomadas e as rodas de conversa acontecendo em diferentes espaços, em diversos horários, com outros novos conflitos.

Tornei a falar sobre a PNH sem aguardar pela disponibilidade de todos e realizei as rodas em períodos diferentes. Com o grupo matutino de quatro pessoas (intervalo do lanche) e com o grupo vespertino de três pessoas (entre a triagem das pacientes de um médico ou outro). Grupos estes formados por técnicas de enfermagem. A coordenadora e a auxiliar administrativa não se manifestaram. Os médicos não participaram, concordam que é bom, mas estão sem tempo (Confrei).

Apesar do estresse vivido inicialmente por Confrei, podemos analisar que é um processo de mudança e reflexão e mesmo que inicialmente os momentos de conversa foram conflituosos foram momentos necessários e valiosos para o processo de trabalho geral. Assim a PNH assume um compromisso com a ética dos indivíduos, por trabalhar com mudança de suas atitudes de forma a comprometê-los como responsáveis pela qualidade de serviços e ações (HECKERT; PASSOS; BARROS, 2009). Nos momentos de conflitos e exaustão dos profissionais, o papel de apoiador e de gestor é essencial.

Acredita-se que novas práticas tanto de atenção como de gestão têm capacidade de modificar o sujeito e os padrões dominantes de subjetividade. Seja para criar dependência e impotência, seja para coproduzir autonomia, ampliando a capacidade de análise e de cogestão das pessoas (CAMPOS, 2007). O apoiador, segundo os coordenadores do curso da PNH,

não é simplesmente um consultor, que palpa sobre o trabalho [...]; nem tampouco sua ação se resume à assessoria [...]. Sem negar estas especificidades, o apoiador é alguém que penetra no grupo para acioná-lo como dispositivo, alguém que atravessa o grupo não para feri-lo ou para anunciar suas debilidades, mas para operar junto com o grupo em um processo de transformação na própria grupalidade e nos modos de organizar o trabalho e de ofertar ações e estratégias de saúde (BRASIL, 2006, p.14).

Analisando a prática dos apoiadores formados no Curso de Santa Catarina, a função apoio teve algumas críticas e foi considerada pelos apoiadores como uma dificuldade inicialmente enfrentada.

Os profissionais esperavam de mim respostas para agir e não pensar para que juntos encontrássemos caminhos para solucionar os problemas priorizados. Então foi uma batalha árdua. Por várias vezes eu busquei a oferta possível. Primeiramente tive que estabelecer o vínculo de confiança e escuta qualificada com profissionais, eles precisavam de um espaço somente para isso, reclamavam que era cobrados nas 40 horas semanais, porém não havia motivação para fazer diferente ou se quer construir alternativas para os problemas de forma coletiva (Alteia).

O fato de estar inserida em uma emergência também deve ser considerado como um desafio para o desenvolvimento da função apoio, pois as coisas nesse setor acontecem de modo muito rápido e imprevisível. Torna-se difícil fazer programações como as pausas necessárias para a discussão e análise das situações vivenciadas (Canforeira).

Na função apoio é esperado este estranhamento no início do curso e início da nova “função”. Formar apoiadores institucionais, e não simplesmente ensinar alunos ou treinar funcionários, significa respeitar o saber construído nas trajetórias profissionais dos trabalhadores da saúde e apostar que na troca com outros trabalhadores e na aproximação com os acúmulos teóricos da área será construído um novo saber-fazer (PAULON et al., 2010). É importante entender que o apoio é a busca pela ampliação dos graus de autonomia e protagonismo de todos de modo a fomentar redes cada vez mais abrangentes e conectadas aos princípios do SUS (PAULON et al., 2010). Desta forma, é necessário vínculo com a equipe técnica do curso para apoiar o apoiador durante e após o curso e estimular os trabalhadores a buscarem informações e aprender sempre mais sobre e com a Política.

Desta forma, o agir do apoiador não pode ser solitário, não somente é necessário melhorar a informação, mas também assegurar capacidade de compreensão e decisão aos vários setores envolvidos em um projeto e preocupar-se com a construção de novos padrões de relação entre as pessoas. As informações sobre novas propostas, sobre o andamento dos serviços precisam circular entre os profissionais e a comunidade, precisa-se divulgar a PNH para conquistar novos apoios. Segundo Campos (2000) dos profissionais espera-se conhecimento e o uso dos indicadores, modelos de intervenção, ações com base técnica e apoio da legislação. Dos usuários se espera iniciativa e mobilização de recursos políticos, culturais e comunitários. E somente com o tempo é que será possível construir uma mistura progressiva dessas potencialidades.

O apoio da gestão trouxe segurança, motivação e autonomia para os apoiadores desenvolverem suas funções, ainda que muitas vezes as palavras “apoio da gestão” significaram a autorização para fechar a instituição por algum período para discutir ou oferecer um café com salgadinhos aos participantes da roda.

Marcamos um horário com os gestores e apenas um não esteve presente. Discutimos por uma hora o que vem a ser a PNH e a função apoiadora da PNH. Sai de lá radiante. Os gestores dispuseram coffe-break, horário livre para os funcionários participarem das rodas, ideias para discussões, ou seja, aceitaram o desafio do SUS que dá certo. (Carqueja)

A atuação do Grupo de Trabalho em Humanização (GTH) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) está em fase inicial, alguns profissionais não se conheciam e agora estão estreitando relações. Conseguir implantar o GTH, e acima de tudo, ter o apoio do Gestor e da Administração do município, sem dúvida me prova que é possível trazer a Política Nacional de Humanização para nossos locais de trabalho. (Argania).

Os cargos de gestores são ocupados por pessoas de confiança do governo e algumas vezes essas pessoas possuem pouco conhecimento sobre a área de gestão em saúde ou sobre políticas de saúde. Desta forma, as ações dos gestores devem ser refletidas e avaliadas constantemente pelos usuários e trabalhadores, sendo que trabalhadores e gestores necessitam de respeito e apoio para suas ações e para o processo de trabalho. Para este apoio é necessário resgatar a aposta da PNH de inseparabilidade entre gestão e atenção, entendendo que a gestão dos processos de trabalho em saúde não pode ser entendida como tarefa administrativa separada das práticas de cuidado (BRASIL, 2009).

Neste estudo, podemos perceber que alguns apoiadores ainda sentem dificuldade de conversar e interagir com a equipe, ainda mais quando não se é gestão devido aos serviços ainda serem hierarquizados e pelas dificuldades e falhas do sistema e dos serviços. Podemos destacar ainda como fragilidades e dificuldades citadas pelos apoiadores, nos seus TCC, para o desenvolvimento do PI: a falta de funcionários, o que implica em acúmulo de atividades e assim a falta de tempo para desenvolver novas atividades; falta de espaço físico, ainda a falta de comprometimento/compromisso por parte da equipe – culpabilização da equipe médica por falta de interesse nos assuntos da rede pública.

Sentimos falta de alguns usuários e profissionais médicos (durante a conferência que realizamos para apresentar a PNH), que preferiram que o dia fosse descontado da folha de pagamento do que participar do evento (Canela).

Desta forma os desafios e dificuldades foram muitos. Quanto à equipe médica houve um representante da categoria participando do

curso e o mesmo sentiu-se incomodado com muitas colocações do restante do grupo.

A questão que me deixou preocupado foi com relação alguns colegas de curso que sempre que possível colocavam a incompatibilidade entre a PNH e categoria profissional médica de certa forma culpabilizando estes por todos os problemas de desumanização surgidos no SUS. Como que os médicos não sejam parte da solução dos problemas. Por outro lado, sempre me senti apoiado pela Unidade de Produção (UP) na qual tive um ninho seguro e acolhedor. (Capim-limão)

O relato mostra que as questões, dizem respeito mais às escolhas individuais que profissionais, nas quais se entrelaçam os princípios de autonomia e de responsabilidade. Sobretudo no campo da vida humana lidar com saúde e doença é desgastante, de modo que escutar o outro e organizar e decidir junto o melhor encaminhamento para a situação-problema é a melhor forma (BERLINGUER, 2004). Importante refletir que cada vez mais fala-se de “sistemas de saúde” em vez de “sociedade saudável” e de “sistemas para a saúde”: assim a saúde é reduzida à assistência em caso de doença; e a prevenção, que implica principalmente intervenções no ambiente, no trabalho, na sociedade e na educação, é reduzida à medicina preventiva, a qual se ocupa de diagnósticos precoces de doenças já existentes (BERLINGUER, 2004). Para produzir mudanças significativas nos serviços de saúde é necessário analisar os processos de trabalho e conhecer a potência da PNH.

### **Intervenção para transformação**

A ideia de humanizar proposta pela PNH, ainda causa estranheza aos profissionais da saúde e na comunidade. O sentido de humanizar não trata de tornar uma pessoa humana, é segundo o bioeticista Diego Gracia (2010, p.105), transmitir **valores** humanistas. No âmbito da PNH, segundo Benevides e Passos (2005) humanizar é menos a retomada ou revalorização da imagem idealizada do Homem e mais a incitação a um processo de produção de novos territórios existenciais.

Nesta categoria temática, são retomadas as duas categorias anteriores uma vez que os processos de conhecimentos, as dificuldades,

a análise e os avanços ocorreram interligados a fim de buscar mudanças significativas.

Primeiramente, podemos destacar a importância e o valor da formação dos apoiadores pelo curso. O mesmo proporcionou reflexões éticas que tocaram os profissionais de diversas formas.

O crescimento pessoal e profissional do apoiador é algo que ganha destaque nesse processo de formação. As ações, as atitudes, o olhar holístico sobre os eventos do universo em que se concentram as atenções do nosso trabalho teve transformações. A PNH realmente conseguiu transformar sujeitos. O questionamento que não queria calar sobre “humanizar seres humanos”, ganha resposta: “Sim” provocou mudanças nos enfoques, na postura de alteridades, no exercício de compreender os sujeitos pelas suas razões, para se chegar a intervenções que satisfaçam seus interesses e não somente os nossos (Coentro).

Podemos refletir na fala de Coentro que a PNH busca esta mudança: o trabalho em equipe, a reflexão, a cogestão, o encontro, o apoio. Humanizar a atenção e a gestão em saúde no SUS se apresenta como meio para qualificação das práticas de saúde: **valorização** dos trabalhadores e usuários com avanço na democratização da gestão e no controle social participativo; acesso com acolhimento; atenção integral e equânime com responsabilização e vínculo (BENEVIDES E PASSOS, 2005).

Elaborar um plano de intervenção que pudesse contribuir com alguma mudança nos processos de trabalho trouxe desafios e os apoiadores declaram como potencialidade o apoio que receberam da equipe pedagógica do curso, de outras instituições envolvidas com o curso como a universidade parceira, além do apoio dos colegas de curso da mesma Unidade de Produção (UP). Esta situação mostrou-se fundamental durante o processo do curso quando quatro apoiadores vivenciaram conflitos institucionais e foram demitidos, os outros apoiadores mostraram-se solidários disponibilizando espaços para o desenvolvimento dos planos de intervenção dos colegas; nestas situações podemos observar segundo relato dos apoiadores, maior facilidade em desenvolver a conversa e organizar as ações.

Hoje já tenho maior segurança para trabalhar a PNH, defini juntamente com uma colega do curso que desenvolverei meus trabalhos junto a SMS que ela faz parte. Trabalhamos o fluxograma descritor da UBS, em conjunto identificamos os nós críticos e a partir dele pretendemos trabalhar com os profissionais. (Absinto)

A articulação e apoio entre profissionais para desenvolverem ações de saúde, não necessariamente as mudanças almejadas, mas pequenas ações sempre foram importantes. As situações vivenciadas pelos apoiadores onde receberam o apoio de outros profissionais pode ser considerada como etapa importante e significativa, pois proporcionou segurança, reflexão, organização de todos. O projeto da PNH foi de afirmar a saúde não com valor de troca, mas como valor de uso (Campos, 2007), o que faz com que se altere o padrão de atenção no sentido de ênfase no vínculo com os usuários, garantindo seus direitos (BENEVIDES E PASSOS, 2005).

[...] a assistente social vem observando a dificuldade dos funcionários de relacionamento tanto com os pacientes como os acompanhantes dentro de uma determinada unidade no hospital. Foi sugerida a oportunidade de fazer um curso de ética para que os funcionários resgatem a arte de cuidar, da atenção ao paciente frente a sua internação. [...] Acredito que posso contar com uma rede de apoio que esta sendo formada pelos funcionários. [...] Algumas pactuações com a saúde básica do município, o apoio da gestão, a parceria do grupo de Bioética da UFSC, a mudança de algumas regras e conceitos de funcionalidade da unidade e o mais importante, a valorização do profissional. (Açafrão)

A proposta do curso de formação de apoiadores almejava a ampliação dos espaços de negociação nas gestões municipais e estaduais do SUS, com ênfase no cumprimento do Pacto pela Saúde, bem como uma maior integração dos serviços com as instituições formadoras, através da produção de conhecimentos desencadeada a partir desta formação e da inserção de conteúdos relativos à humanização nos cursos de graduação e pós-graduação da Instituição de Ensino Superior parceira (BRASIL, 2009). Como podemos perceber, a Instituição de Ensino

Superior, atuou como parceira dos apoiadores nos Planos de intervenção demonstrando compromisso desta instituição com a proposta não somente da PNH, mas de formação de cidadãos éticos, reflexivos e comprometidos com seu processo de trabalho e com o Sistema Único de Saúde.

A partir dos documentos podemos destacar que as mudanças nos ambientes de trabalho e nas práticas, iniciaram timidamente, desenvolveram-se aos poucos, mas aconteceram. Alguns apoiadores fizeram uma sensibilização com as equipes, planejaram futuras ações, divulgaram em jornais a PNH e sua proposta, e outros avançaram com ações que provocaram atitudes de terceiros envolvidos no processo de trabalho, na formação de redes e na articulação entre serviços.

[...] para esta roda foram convidadas, pela primeira vez, duas zeladoras que estavam trabalhando naquele dia e a vigilante [...]. Sabemos que a comunidade pode oferecer espaços que vão além do atendimento em postos de saúde; [...]. A sugestão veio de uma zeladora: ela disse que sempre observa que alguns usuários não aderem às oficinas e grupos oferecidos em nossa programação. Ela então deu a ideia de construirmos um espaço de convivência, com jogos e atividades diferentes daquelas ofertadas nas oficinas. Todo o grupo achou a ideia muito interessante e proveitosa, (...) o olhar da zeladora foi algo novo e característico de uma pessoa que observa o usuário sob um prisma diferente (Agnocasto).

Como estratégia para melhorar o atendimento buscamos expandir o conceito de acolhimento. Foi solicitado junto à gestão [...] uma conversa com os motoristas da SMS para que o trabalho flua melhor e compartilhar ações com estes envolvidos em situações emocionais e físicas (tratando do apoio que podem oferecer para os pacientes) (Capuchinha).

A inclusão e valorização de todos os envolvidos no trabalho foi uma intervenção experimentada por muitos apoiadores em suas práticas de saúde e que deram certo nestes processos de PI. O documento orientador dos processos de formação para a PNH ressalta



a necessidade de ampliar os modos de comunicação e de compartilhamento de experiências dos coletivos. Investindo nos modos de comunicação e inclusão de profissionais viria como forma de contribuir com a produção e fomento de redes, isto é ampliando o grau de transversalidade nos grupos e entre eles (BRASIL, 2009).

Outro ponto que aparece no estudo como importante no desenvolvimento de ações é o contágio pela PNH; os apoiadores entenderam que somente com informações os trabalhadores vão compreender o que cada nova ação tem de desafio, de avanço, potencialidade e fragilidade e os usuários poderão entender também a necessidade de por algumas horas o serviço de atendimento básico estar fechado para reunião interna.

E o que mais fez sentido para mim durante toda esta formação, é que devemos humanizar os processos e não as pessoas como muitas pessoas falam. Que não tenhamos mais um atendimento fragmentado, e que possamos estabelecer acordos com nossos usuários. Que todos tenham o direito à informação, pois o SUS foi criado para o usuário. E acima de tudo, que façamos rodas, e que estas rodas girem e permitam que as vozes de todos apareçam (Calêndula).

Como podemos perceber, vários foram os avanços e potencialidades emergentes das intervenções desenvolvidas pelos apoiadores durante o curso, e considerando mudanças significativas que provocaram fortes movimentos e envolvimento podemos expor as descrições dos apoiadores sobre as formações de redes:

[...] surgiu a proposta de formar uma roda com os três CAPSs, onde cada serviço pudesse ampliar seus horizontes num compartilhar de experiências e saberes para se iniciar um processo de entendimento entre eles. Essa roda seria o início da formação de uma rede de saúde mental entre os CAPSs e que, posteriormente, esta rede fosse ampliada com os trabalhadores da atenção básica e outros serviços, formando uma rede assistencial forte e eficiente no município (Catuaba).

As redes simbolizam a transversalização dos serviços, uma vez que interfere nos processos de comunicação e nas relações institucionais de modos de fazer gestão. As redes propõem atividades de integração, troca de experiências e informações e assim quando os profissionais são afetados produzem sentimentos de confiança, segurança, além da constante reflexão e revisão dos modos de produzir saúde. Um processo de trabalho centrado em procedimentos pode levar ao descomprometimento das equipes de saúde, reduzindo a corresponsabilidade nas ações e resultados (FALK; RAMOS; SALGUEIRO, 2009).

O acolhimento foi uma potencialidade do serviço; em todas as situações tentamos respeitar o indivíduo, proporcionando um lugar de escuta com respeito às diferenças e às histórias individuais. Acredito que valorizamos o acolhimento como uma postura ética realmente, valorizando o encontro entre o profissional de saúde, o usuário e sua rede social no processo de produção de saúde. Um usuário nos relatou, certa vez, que se sentia bem no serviço, pois os profissionais ouviam-no e "davam tempo" para que ele se autoanalisasse, ou seja, ninguém tentava enquadrá-lo como doente mental, desvalorizando suas posturas ou sentimentos (Agnocasto).

A luta pela reforma psiquiátrica iniciou há mais de 30 anos e é responsável pela transição do modelo centrado nos hospitais psiquiátricos para um modelo de atenção comunitária. Em 2001, foi aprovada a Lei 10.216, que determinava ao Estado a responsabilidade de consolidar uma mudança do sistema assistencial para garantir o acesso de todos a um tratamento mais resolutivo e menos excludente. No ano seguinte, as portarias 336 e 189 do Ministério da Saúde regulamentaram e atualizaram as normas de funcionamento dos CAPS, além de destinar recursos financeiros para eles (SILVESTRE, 2009). Considerando o avanço da saúde mental com a criação dos CAPSs e estruturação da PNH, podemos refletir sobre a ligação destas duas ferramentas da saúde que se completam como Políticas e meios para garantir os princípios do SUS aos usuários.

Podemos ainda levantar como potencialidade as mudanças ocorridas em cada apoiador formado no curso:

O que mais fez sentido para mim nesta caminhada foi a possibilidade de dar liberdade a cada trabalhador de se sentir "gerente" de sua própria ação. Ou seja, cada um através da roda deu vazão aos seus sentimentos, emoções e sonhos como trabalhador (Chia).

Podemos afirmar que a humanização efetiva-se nas práticas em saúde e a partir delas (SANTOS FILHO; BARROS; GOMES, 2009) e ainda reconhecer a importância das pequenas mudanças ocorridas nos processos de trabalho, principalmente pelo pouco tempo disponível para formação e intervenção.

### **Considerações finais**

Os desafios para poder-se trabalhar com novas propostas de saúde e vencer o poder das finanças públicas são cada vez mais estudadas e debatidas nos serviços, instituições e na formação pública. Podemos considerar que houve busca, pelos apoiadores, de intervenções focadas no desenvolvimento e nas relações interpessoais. O apoio e o vínculo com a equipe técnica do curso, o estabelecimento de parcerias com instituições estratégicas para a consolidação da Política, a sensibilização de muitos gestores, trabalhadores, além de analisar todos os avanços ocorridos em pouco tempo de curso e desenvolvimento dos PI também foram importantes conquistas. Acreditamos que os investimentos em saúde ainda são escassos, precisam ser reestruturados, mas que movimentos para esta mudança precisam ser agilizados por todos nós.

Podemos acreditar ainda na ideia de Gracia (2010, p.106) que destaca sobre o termo humanização que “nem todo mundo pode ajudar outro ser humano, ou que nem todo mundo pode humanizar”. E acrescenta que há um princípio básico em toda a teoria das relações de ajuda que afirma que “ninguém pode ajudar outro a resolver um problema se ele mesmo não o tem resolvido para si”. Refletindo sobre os resultados discutidos até aqui, um aspecto se sobressai: a importância do apoiador demonstrar interesse em conhecer a política de humanização, mas principalmente acreditar no SUS.

É impossível não considerarmos o método da roda como grande aliado da PNH e importante método para garantir valores, direitos e princípios como equidade, transversalidade, protagonismo, corresponsabilidade.

Podemos reconhecer neste processo que as mudanças foram acontecendo com os apoiadores vivenciando conflitos e resistências. Nem todos os gestores apoiaram, nem todos nas equipes concordaram sequer a escutar, porém a transformação vem com o tempo, com o amadurecimento. Os PI se desenvolveram ao longo de sete meses como processo de apropriação de novas informações, mas também como processo de implicação dos apoiadores com a realidade local, os princípios e diretrizes da PNH e do SUS e os desafios por mudanças.

As respostas esperadas pelo curso, a partir do seu objetivo de formar apoiadores da Política Nacional de Humanização, deram-se a partir de algumas mudanças ocorridas no cotidiano das instituições, mas principalmente no interior de cada profissional formado. O curso proporcionou a sensibilização dos apoiadores para a valorização de todos os profissionais e a descoberta de possíveis modos de agir que podem dar certo com suas equipes de trabalho. Proporcionou o aumento de capacidade de análise dos apoiadores.

Os diversos conflitos apontados nos dados não estão destinados a desaparecer. Todavia, em muitos casos eles podem ser evitados ou reduzidos nas suas dimensões através da comunicação.

Como política pública, a PNH neste curso conseguiu criar espaços de construção e trocas de saberes, investindo nos modos de trabalho em equipe, uma vez que lidou com necessidades, desejos e interesses de apoiadores e outros diferentes atores do processo de trabalho.

Quanto mais a reflexão bioética se conjuga à evolução histórica da vida cotidiana, mais ela encontra no próprio homem, nesse caso no trabalhador e na trabalhadora considerados como indivíduos e como sujeitos, uma referência segura (BERLINGUER, 2004).

## Referências

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010.

BENEVIDES, R. PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. Volume 10, n.3, julho/setembro 2005.

BERLINGUER, G. **Bioética Cotidiana**. Editora UnB, Brasília, 2004.

BERLINGUER, G. **Ética da Saúde**. Hucitec. São Paulo, 1996.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Ambiência**. Série B, Textos básicos de saúde. Brasília – DF, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4.ed. Brasília, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Projeto de Cooperação Técnica**. Curso de formação de formadores e de apoiadores para a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde. Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Projeto do curso de formação de apoiadores institucionais para a humanização da atenção e gestão do sistema único de saúde** – modalidade aperfeiçoamento, 2009.

CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paidéia**. Hucitec. 3 edição, São Paulo, 2007.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. Hucitec. São Paulo, 2000.

COHEN C., GOBBETTI G. Bioética da vida cotidiana. **Cienc. Cult.** vol.56 no.4 São Paulo Oct./Dec. 2004. ISSN 2317-6660

Disponível

em:

<[http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?pid=S000967252004000400020&script=sci\\_arttext](http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?pid=S000967252004000400020&script=sci_arttext)>. Acesso em 17/10/2013

FALK, M. L. R., RAMOS, M. Z., SALGUEIRO, J. B. A rede como estratégia metodológica da Política Nacional de Humanização: a experiência de um hospital universitário. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.13. supl.1, p. 709-17, 2009.

GRACIA, D. **Pensar a Bioética**: Metas e Desafios. Loyola, 2010.

HECKERT, A.L.C.; PASSOS, E.; BARROS, M.E.B. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Únicos de Saúde (SUS) em debate. **Interfaces: Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu. v.14, supl.I, p. 493-502, 2009.

PASCHE, D.F. Apresentação. In SANTOS FILHO, S.B. **Avaliação e Humanização em Saúde**: aproximações metodológicas. Unijuí: Ijuí, 2009.

PAULON, S. WEBER, L. MELLO, V. BOTTEGA, C. Método da inclusão e processo seletivo de apoiadores institucionais: uma combinação possível? In BRASIL, Ministério da Saúde, **Caderno Humaniza SUS: Formação e intervenção**, série B, Textos básicos de saúde Brasília - DF, 2010.

RIGHI, L.B. Produção de redes de atenção à saúde: acordos, confrontos e reparos. In: PASCHE, D. F.; CRUZ, I. B. M. (Org.). **Saúde coletiva: diálogos contemporâneos**. Ijuí: Editora Unijuí. 2005.

SANTOS FILHO, S.B. **Avaliação e Humanização em Saúde: aproximações metodológicas**. Ed. Unijuí. Ijuí, p.272. 2009.

SANTOS, FILHO, S. B.; BARROS, M.E.B.; GOMES. R. S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.13. supl.1, p.603-13, 2009.

SILVESTRE, J. **Centros de atenção Psicossocial: um outro olhar**. Disponível em < <http://artigos.psicologado.com/psicopatologia/saude-mental/centros-de-atencao-psicossocial-um-outro-olhar#ixzz2WM1wC49g>> Acesso em 16/06/2013.